

Universita Karlova v Praze
Fakulta tělesné výchovy a sportu

Pohybové aktivity jako součást léčby dlouhodobých uživatelů návykových
látek – série případových studií a ohniskové skupiny klientů terapeutické
komunity

Moving therapy as a part in long term drug users treatment – case studies
serie and focus group of the clients in therapeutic community

Rigorózní práce

Autor: Mgr. Ing. Eva Musílková

Praha, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu.

V Praze 1.11. 2017

Mgr. Ing. Eva Musílková

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala v první řadě svým respondentům, bez jejich sdílnosti bych se točila v bludném kruhu. Děkuji PhDr. Josefu Radimeckému, PhD, MSc. za vstřícný přístup a laskavé umožnění spolupráce a svobodného pohybu v terapeutické komunitě. Děkuji konzultantovi Prof. PhDr. Pavlu Šlepičovi, DrSc. za trpělivost a morální podporu při vzniku této práce. Velký dík patří všem mým nejbližším za setrvalou shovívavost.

Discas oportet, quamdiu est, quod nescias.

Tuto práci věnuji svému drahému muži.

Identifikační záznam:

MUSÍLKOVÁ Eva, Mgr. Ing. *Pohybové aktivity jako součást léčby dlouhodobých uživatelů návykových látek – série případových studií a ohniskové skupiny klientů terapeutické komunity* [Moving therapy as a part in long term drug users treatment – case study series and focus group of the clients in therapeutic community]. Praha 2017. 139 stran, 11 příloh. Rigorózní práce (PhDr.).
Universita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu.

ABSTRAKT

Rigorózní práce pojednává o významu pohybových aktivit jakožto pevných součástí režimu terapeutických komunit. Práce empiricko-kvalitativního výzkumného rázu má ambici pokusit se nabídnout přínos terapie pohybem a sportem omezenému klientovi. Proces nacházení individuálních hranic a fyzických limit, práce s vlastní motivací, interakcí se sobou a vliv skupinové dynamiky na vlastní fyzické výkony se odvíjí od průběhu rekonvalescence klienta, tedy stabilizace jeho duševního i fyzického zdraví v době abstinence. Dlouhodobé užívání návykových látek má zásadní vliv na fyzickou zdatnost uživatelů, ať už se jedná o zcela nekomplikované komorbidity psychického i somatického rázu hrají velkou roli při hledání a nalézání vlastních fyzických i mentálních limit. Výzkumná část je koncipována jako série případových studií a jedné ohniskové skupiny s klienty konkrétní terapeutické komunity pro závislé. Výzkumná data byla sbírána prostřednictvím polostrukturovaných interview, součástí setkání s jednotlivými respondenty byla tvorba situací k diskusi a komentářů. Výzkumný soubor tvořilo 6 klientů. Ohniskovou skupinu pak tvořilo kompletní osazenstvo terapeutické komunity. Klienti shledávají pohybové a sportovní aktivity jako důležitou součást vlastního procesu rekonvalescence. Je pravděpodobné, že výsledný úinek pohybových a sportovních aktivit u uživatelů návykových látek může být substitucí neurobiochemický efekt užívání návykových látek, fyzická aktivita do jisté míry potlačuje *craving* a objektivně napomáhá zabránit relapsům v užívání. I když má provádění pohybových a sportovních aktivit v terapeutické komunitě své nezpochybnitelné limity, nabízí efektivní algoritmus, jak fenomén škodlivého užívání/závislosti ukončit a pohybové aktivity využít jako jednu z terapeuticky velmi účinných intervencí.

Klíčová slova: pohybová terapie – léčba závislosti – terapeutická komunita – bažení – relaps – případová studie

ABSTRACT

Rigorous work deals with the importance of physical activities as a part of rigorous regiments of therapeutic communities. Thesis with the empirical- qualitative research character has the ambition of trying to offer the benefits of therapy by movement and sport through the eyes of clients. The processes of finding individual boundaries and physical limits, self-motivation, interaction, and the influence of group dynamics on their own physical performance depend on the progress of the client's convalescence, throughout the stabilization of his mental and physical health at the time of abstinence. Long-term use of addictive substances has a key effect on the physical fitness of users, frequent (and often not non-complicated) psychomotor and somatic comorbidity play a big role in finding and finding their own physical and mental limits. Research part of the thesis is conceived as a serie of case studies and one focus group with clients in particular therapeutic community for drug abusers. Research data was collected through semi-structured interviews, during the interview also situation curve was created by each respondent and following inquiry was performed. The research team consisted of 6 clients. The focus group was realized with complete staff of the therapeutic community. All – clients find movement and sports activities as an important part of their own convalescence process. It is probable that the resulting effect of movement and sports activities on drug addicts can partially substitute the neuro-biochemical effect of substance abuse, the physical activity suppresses craving to a certain extent, objectively helps to prevent relapse in use. Although the sport and moving activities performance in therapeutic community has it's undeniable limits, it offers an effective algorithm to stop both the harmful use / addiction phenomenon and use the movement activities as one from therapeutically very effective interventions.

Keywords: moving therapy – addiction treatment – therapeutic community – craving – relaps – case study

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	13
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY ZÁVISLOSTÍ.....	13
1.1 Prevence, motivace k léčbě, léčba.....	14
2 OBECNÉ ASPEKTY POHYBOVÉ AKTIVITY	16
2.1 Druhy pohybových aktivit.....	16
2.1.1 Reakce a adaptace organismu na fyzickou zátěž.....	18
2.2 Doporučení pohybové aktivity.....	19
2.3 Pohybová diagnostika	20
2.3.1 Labanova objektivní analýza pohybu	21
3 POHYB JAKO PSYCHOSOCIÁLNÍ FENOMÉN	22
3.1 Sociální prostředí jako faktor ovlivňující kvalitu a míru pohybové aktivity	22
3.2 Pohyb a jeho dopad na (nejen) duševní zdraví.....	23
3.3 Determinanty ovlivňující vztah k pohybovým aktivitám.....	25
3.4 Pohybové aktivity v žebříčku lidských hodnot	27
4 POHYBOVÁ TERAPIE V LÉČBĚ DUŠEVNÍCH PORUCH.....	29
4.1 Psychomotorická cvičení v prevenci a v léčbě závislých na návykových látkách.....	31
4.1.1 Organizace psychomotorického/kinezioterapeutického programu v léčbě závislosti	33
4.1.2 Terapie zážitkem a Kolbov cyklus učení.....	34
4.2 Psychomotorická terapie v léčbě duálních diagnóz	35
4.3 Vztah terapie pohybem k jiným (psycho)terapeutickým směrům	37
5 LÉČBA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ	40
5.1 Terapeutické komunity v České republice	40
5.2 Význam strukturování léčebného pobytu.....	41
5.3 Terapeutická komunita ve funkci náhradní rodiny	42
5.4 Terapeutická komunita jako hnací motor osobnostního růstu	42
5.5 Psychomotorické formy terapie v komunitní léčbě	43
5.6 Apolinářská léčba a Skálův přístup k pohybové terapii.....	46
Skálovo desatero cvičení pro joggingu	48
5.7 Intenzivní léčebné pobyty v přírodě (ILLP) a Skálůva obhajoba běhu	48
EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST.....	50

6	CÍL VÝZKUMU, FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	50
6.1	P ípadová studie jako metoda kvalitativního výzkumu	51
6.2	Výzkumný soubor a metoda jeho výb ru.....	52
6.3	Metody získávání (tvorby) dat	53
6.3.1	Postup realizace rozhovoru	53
6.3.2	Textové dokumenty jako zdroj získávání kvalitativních dat	55
6.3.3	Metoda situa ní k ivky	55
6.3.4	Ohnisková skupina.....	55
6.3.5	Metoda zú astn ného pozorování.....	57
6.4	Metody zpracování dat	57
6.5	Analýza dat.....	57
6.5.1	Metoda zakotvené teorie	58
6.5.2	Kódování dat.....	59
6.6	Etické aspekty	59
7	ROZBOR P ÍPADOVÝCH STUDIÍ	60
7.1	P ípadová studie Alex	60
7.1.1	Anamnestická data Alexe	60
7.1.2	Rámcový obsah rozhovoru	60
7.1.3	Situa ní k ivka	63
7.1.4	Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru	64
7.2	P ípadová studie Bea.....	64
7.2.1	Anamnestická data Bei	64
7.2.2	Rámcový obsah rozhovoru	64
7.2.3	Situa ní k ivka	67
7.2.4	Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru	68
7.3	P ípadová studie Cilka	68
7.3.1	Anamnestická data Cilky	68
7.3.2	Rámcový obsah rozhovoru	68
7.3.3	Situa ní k ivka	71
7.3.4	Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru	71
7.4	P ípadová studie Dana.....	72
7.4.1	Anamnestická data Dany	72
7.4.2	Rámcový obsah rozhovoru	72
7.4.3	Situa ní k ivka	75

7.4.4	Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru	76
7.5	P ípadová studie Emil	76
7.5.1	Anamnestická data Emila	76
7.5.2	Rámcový obsah rozhovoru	76
7.5.3	Situa ní k ívka	79
7.5.4	Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru	79
7.6	P ípadová studie Filip	80
7.6.1	Anamnestická data Filipa.....	80
7.6.2	Rámcový obsah rozhovoru	80
7.6.3	Situa ní k ívka	83
7.6.4	Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru	84
7.7	Ohnisková skupina	84
8	VÝSLEDKY	85
8.1	Shrnutí výsledk ů podle výzkumných otázek.....	87
9	DISKUZE	92
	ZÁV ĚR	97
	POUŽITÁ LITERATURA.....	99
	SEZNAM P ÍLOH.....	108

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obr. 1: Model stádií motivace - kolo změny „Wheel of change“ (Prochaska, DiClemente, 1986)	15
Obr. 2: Kolbův cyklus učení (upraveno, Seidlerová, 2006)	34
Obr. 3: Maslowova pyramida lidských potřeb (Maslow, 2014)	39
Obr. 4: Zóny komfortu učení a úzkosti (Málková, 2014)	46
Obr. 5: Situace k ivka Alexe	63
Obr. 6: Situace k ivka Bei	67
Obr. 7: Situace k ivka Cilky	71
Obr. 8: Situace k ivka Dany	75
Obr. 9: Situace k ivka Emila	79
Obr. 10: Situace k ivka Filipa	83

Seznam tabulek

Tab. 1 Charakteristika výzkumného souboru	53
Tab. 2 Kategorie Minulá zkušenost	85
Tab. 3 Kategorie odpor a vzdor	85
Tab. 4 Motivace a podpora	86
Tab. 5 Limity a omezení	86
Tab. 6 Změna	86
Tab. 7 Náhrada	86
Tab. 8 Podmínky	86
Tab. 9 Sebezapření	87
Tab. 10 Pání a touhy	87
Tab. 11 Modifikovaný dotazník symptomů z validizovaného dotazníku MAP. První odpověď je na otázku, zda-li se příznak v minulosti alespoň jednou vyskytnul, druhá odpověď (s hvězdičkou) zda-li příznak přetrvává, resp. vyskytoval se ještě v průběhu rozhovoru.	90

ÚVOD

P edm etem rigorózní práce je snaha o subjektivní evaluaci pohybových aktivit a zm ny zdravotního stavu (psychického/fyzického) dlouhodobých uživatel návykových látek, na základ dlouhodobé ú asti v režimových programech a pohybových aktivitách v terapeutické komunitě (TK). Cílem výzkumu je, vedle kvalitativního/semi-kvantitativního zhodnocení zlepšení zdravotního stavu v ase abstinence v souladu s vykonávanými pohybovými aktivitami v TK, i vliv dynamiky a vztah ve skupin¹ na motivaci k pohybu, sportovní innosti a lepším výkon m. Výzkum se zabývá též subjektivní interpretací vlivu pohybové terapie na proces psychické rekonvalescence (s p íhlédnutím k doprovázejícím psychiatrickým komorbiditám), p íkládanému významu a zm ny jejich vnímání a prožívání.

Vlivem dlouhodobého užívání psychoaktivních látek dochází ke vzniku závislosti². Termín drogová závislost (drug dependence) byl doporu en komisí expert Sv tové zdravotnické organizace v roce 1963. Komise expert tehdy definovala drogovou závislost jako stav t lesné nebo psychické závislosti, nebo obou závislostí na droze³, která se objevuje u osob požívajících periodicky nebo kontinuáln tuto drogu. Významným initelem pro vznik závislosti je osobnost uživatele. P edstavuje individuální spojení duševních a t lesných vlastností lov ka, které se vytvá ejí v pr b hu individuálního vývoje a projevují se ve společenských vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvo í strukturu osobnosti, která je pro každého jedince typická a má dynamický charakter (Dušek, Ve e ová, 2015).

Efektivita lé by závislosti spo ívá v dlouhodobosti, systemati nosti a komplexnosti. T lesná cvi ení jsou užite nou sou ástí ší ejí založených preventivních a lé ebných program (Nešpor, 2004). Kvalitní zahrani ní programy prevence problém p sobených alkoholem a jinými návykovými látkami, jejichž efektivitu lze doložit (Life Skills Training Program, Sober College) jsou komplexní, zahrnují nácvik sociálních dovedností a dovedností rozhodování, relaxa ní techniky, práci s rodinou atd. Autorka v rámci řešerše nedohledala existenci prokazateln efektivního preventivního programu založeného výhradn jen na pohybových aktivitách. Pohybové aktivity ovšem mohou být užite nou sou ástí komplexního preventivního nebo lé ebného programu. Zde je ovšem t eba odlišovat cílené rehabilita ní cvi ení, rekrea ní sport a vrcholový (Nešpor, 1994). Zatímco u rekrea ního sportu lze p edpokládat p íznivý efekt, u vrcholového sportu ásto p evažují rizikové faktory.

Pohybové aktivity ovliv ují duševní rozpoložení nefarmakologickým zp sobem, je prokazatelné, že t lesná cvi ení mohou mírnit mírné anxiózní a depresivní stavy (Lam, Kennedy, 2004) a to prakticky s okamžitým efektem nástupu. Tradici pohybových aktivit v lé b závislosti zavedl doc. Jaroslav Skála, ranní b h si n kte í pacienti oblíbili natolik, že s ním nep estali ani po ukon ení lé by u doc. Skály v lé ebn u Apoliná e (Skála, 1998). Dalším velkým propagátorem pohybu v lé b závislosti je MUDr. Karel Nešpor, který p í svém celoživotním p sobení v psychiatrické nemocnici Bohnice vsadil spíše na relaxa n – medita ní pohybovou innost v podob medita ních cvi ení a jógy. Jedním z d vod volby meditací a jógy byla skute nost, že MUDr. Nešpor celoživotn pracoval s pacienty v akutn jších stádiích onemocnění,

¹ Pojem skupina je v celém textu ekvivalentem kompletního osazenstva dot ené terapeutické komunity

² Vedle tzv. látkových závislostí existují i závislosti nelátkové (procesuální). Tyto jsou spojeny s patologickou inností (hraní po íta ových her, závislost na internetu atd.) a nejsou tedy spojeny s užíváním ve smyslu fyziologické intoxikace organismu.

³ eský právní ád používá pro psychoaktivní drogy pojem návykové látky

s astými přidruženými obtížemi tělesného i duševního rázu a tato cvičení spíše dokázala respektovat specifické možnosti jednotlivých pacientů.

Využívání pohybových aktivit v léčbě v terapeutické komunitě, která je v předložené rigorózní práci předmětem autorčina výzkumného zájmu, má tradici již od počátku existence terapeutických komunit, uznaných jakožto legitimní léčebná modalita pro uživatele návykových látek v roce 2005⁴. Terapeutická komunita nabízí bezpečný prostor pro růst a zrání, dle se především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Stálé napětí mezi realitou a terapií, v každodenním soužití na jedné straně a podporovaným monitorovaným sociálním učním a nácvikem na straně druhé, představuje terapeutický potenciál terapeutické komunity. Struktura a hierarchie a vymezující normy chování mají klienta naučit vnitřní kázni a novým sociálním dovednostem. V neposlední řadě je cílem terapeutické komunity znovunalezení a přijetí smyslu života. Pohybové aktivity, sport a zájmové programy, které jsou tradičním a neodmyslitelným prvkem v léčbě terapeutických komunit jsou jednou z cest, kterak vedle smyslu života nastolit znovu homeostázu, dlouhodobým užíváním poškozeného, organismu.

⁴ Schválením zákona č. 357/05 Sb. o ochraně před škodami způsobenými alkoholem, tabákovými výrobky a dalšími návykovými látkami. V něm jsou TK poprvé v historii definovány jako služba zdravotní péče.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY ZÁVISLOSTÍ

Závislost je multifaktoriální jev. Dle MKN-10 je syndrom závislosti definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvíjejí po opakovaném užití látky a které typicky zahrnují následující projevy (Kalina et al, 2001)

- silné puzení užívat návykovou látku;
- porušené ovládání při jejím užívání, ztráta volní kontroly;
- přetrvávající užívání i přes v domě škodlivých následků, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným a duševním komplikacím;
- prioritizace užívání návykových látek před všemi ostatními aktivitami, přehlédání orientace na životní styl s psychoaktivní látkou, jejího shánění, zotavování se z jejího užívání, ztráta zájmu o vše ostatní;
- odvykací stav při nedostatku či vysazení návykové látky.

Vlastnosti i soubor vlastností jedince nebo jeho okolí, které zvyšují pravděpodobnost výskytu experimentování i užívání návykových látek se nazývají **rizikové faktory**. Tyto faktory lze stratifikovat do několika úrovní (Offord, Bennett, 2002): **úroveň jedince, rodiny, školy, vrstevníka a společnosti**. Mezi rizikové faktory na **úrovni jedince** patří odlišnost, poruchy chování, nízká výkonnost, slabé sociální dovednosti, handicap, chronická traumatizace, neadekvátní sociální vazby, pro-drogové postoje, chybné vnímání škodlivosti drog, efekt v minulosti již užitých drog, raný začátek experimentování s návykovými látkami. Rizikové faktory na **úrovni rodiny** zahrnují historii závislosti v rodině, pro-drogové postoje v rodině, nedostatek vzájemné citové vazby rodič – dítě, užívání drog rodiči nebo sourozenci a nejasná pravidla v rodině. K rizikovým faktorům na **úrovni školy** patří neefektivní program primární prevence, nejasná pravidla týkající se návykových látek, nepřátelská atmosféra, aktivity zaměřené především na výkon žáků a podceňování spolupráce s rodiči. V **úrovni vrstevníka** rizikové faktory představují extrémní postavení ve skupině, užívání drog vrstevníky, pro-drogové postoje vrstevnické skupiny a vazby na rizikové skupiny nebo organizace. Výčet rizikových faktorů uzavírají faktory **na úrovni společnosti**, sem patří snadná dostupnost alkoholu a drog, aktivní nabídka návykových látek, pro-drogové normy a hodnoty ve společnosti, společenský stres, náhlá změna na společenského klimatu, špatná ekonomická situace ve společnosti.

Protipólem rizikových faktorů jsou ochranné faktory. Definování těchto protektivních faktorů napomáhá objasnit, proč mnoho dospívajících, kteří jsou v riziku ohrožení, rizikovému chování nepodlehne nebo se u nich rizikové chování výrazně neprojevuje. Pokud se u nich projeví, zmizí v průběhu dospívání rychleji, než u druhých ohrožených jedinců (Jessor et al, 2005). Mnozí dospívající dokážou překonat překážky dospívání, navzdory působení všech rizikových faktorů. Je však nutné předpokládat, že se u nich v období dospívání mohou projevovat přirozené výkyvy v chování. Co jim umožňuje zvládnout tyto překážky a nezaplést se do konfliktu se zákonem, vystudovat a získat potřebné dovednosti pro přechod do dospělosti a být dostatečně kompetentní, jsou právě **ochranné faktory**. Nabízí se úvaha, že ve skutečnosti nebyli nijak vysoce ohroženi, ale měli vysokou míru ochranných faktorů – *resilience*. V užším pojetí se pod pojmem *resilience* skrývá osobnostní rys, v širším pojetí se jedná o dynamický, multifaktorový proces v interakci s prostředím a kulturou od narození, takže významnou roli zde hraje dobrá vazba na rodinné

příslušníky (Fergus, Zimmerman, 2005). Podle Nešpora (2004) se jako zvlášť důležité ukázaly následující indikátory:

- dostatečně silná vazba dítěte na rodinu, mateřská láska, který tráví rodinu s dítětem;
- jasná a dobře sledná prosazovaná rodinná pravidla, přiměřený dohled a přiměřené prosazování kázně;
- schopnost konstruktivně řešit rodinné problémy.

Ze všech výzkumů i praktických zkušeností lze shrnout, že rodina plní nejvýznamnější úlohu ve vývoji a výchově dítěte a podílí se tedy i na případném formování vztahu k návykovým látkám.

1.1 Prevence, motivace k léčbě, léčba

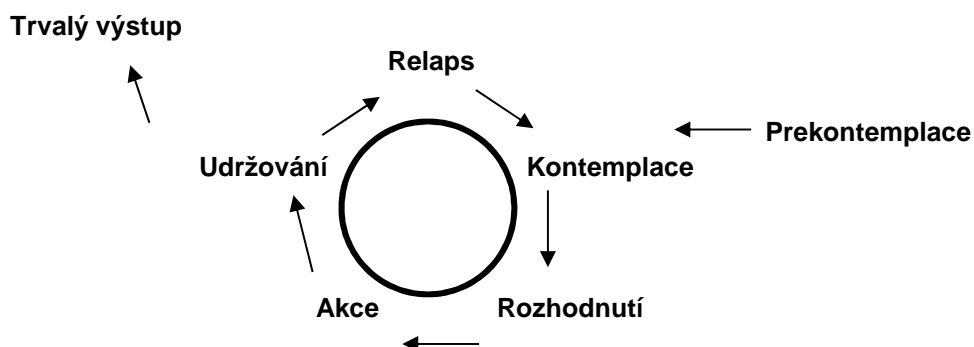
Stejně jako v medicínské prevenci i v adiktologické lze explicitně definovat tři její typy: primární, sekundární a terciární (Miovský, et al, 2010). Cílem primární prevence je předcházet problému s návykovými látkami u jedince, který je ještě nezačal užívat. Sekundární prevence, též nazývána jako časná intervence je činnost představující soubor opatření u těch, kteří již návykové látky začali zneužívat, kde ale stav užívání ještě příliš nepokročil. Cílem této činnosti je užívání návykových látek a s ním spojené problémy zastavit, nebo omezit na co nejnížší míru. Terciární prevence již představuje faktickou léčbu závislosti a zmírňování škod (zdravotních a sociálních), způsobených užíváním návykových látek.

Česká republika disponuje komplexním systémem služeb primární i sekundární prevence včetně poradenské služby, speciální pedagogická centra, poradny odborné ambulance, rezidenční zařízení pro léčbu závislosti (psychiatrické nemocnice, terapeutické komunity) a dolévací programy. Pro setrvalý úspěch léčby závislosti je nejpodstatnější komplexní přístup zahrnující psychosociální intervence, podporu úpravy sociálního zázemí pacienta a případné farmakologické intervence. Léčebný program by měl vycházet vstříc potřebám pacienta/klienta, měl by zajišťovat multidisciplinarity péče (lékař, psycholog, sociální pracovník) a týmovou spolupráci.

Pro přístup k léčbě je zcela zásadní motivace pacienta. Motivace jedince je "naprogramována" na uspokojování našich (variabilních) potřeb - biologických (primární, vrozené) - potřeba dýchaní, potravy, bezpečí, spánku apod., sociálních (získané), kulturních (vzdělání, kulturní život apod.) a psychických (radost, štěstí, láska apod.) Motivací terapie předpokládá, že je každé individuum "nastaveno", aby všechny tyto typy potřeb naplňovalo. Motivaci lze tedy chápat jako proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince (Kalina, 2013). Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak výsledným poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě. Je **jedním ze čtyř** esenciálních faktorů (dalšími jsou - stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí v etně sociálního), které rozhodují o úspěšnosti léčby.

Na obr.1 je schéma pěti stádií, kterými pacient prochází při zahájení a udržování změny (abstinence)

Obr. 1: Model stádií motivace - kolo změny „Wheel of change“ (Prochaska, DiClemente, 1986)



- 1) **stádium (prekontemplace)** – jedinec chce pokračovat v braní drog; *intervence*: zde se doporučí vyvolávat pochybnosti o návykovém chování a pomoci jedinci lépe vnímat rizika;
- 2) **stádium (kontemplace)** - zvažování - jedinec se změnou váhá, zvažuje výhody nevýhody, zisky a ztráty; *intervence*: doporučí se postupovat podobně jako v prvním stádiu, navíc se v této fázi můžeme pokoušet o zdravotní rozporu a motivovat klienty k drobným změnám, které pozitivně působí na sebevdomí;
- 3) **stádium rozhodování** - toto stádium přináší další zhoršení situace jedince, takže ztráty z užívání drog nabývají vrchu nad zisky. Jedinci reálně přemýšlejí o potěbě změnit situaci, ale neví jak; *intervence*: ze strany terapeuta nejvíce potěbná, jedinci také nejvíce spolupracují a bývají ochotni k tomu nastoupit léčbu, konkrétně navrhnout co by mohli ve své situaci dlat;
- 4) **stádium akce** – jedinec realizuje doporučený program, přispívá k nmu d v ryhodný vztah s terapeutem; *intervence*: terapeut pomáhá jedinci pozitivní změnu uskutečnit;
- 5) **stádium udržovací** - toto stádium znamená pro klienta schopnost žít bez drog a za átek návratu do běžného života; *intervence*: prevenci recidivy (jako soustavné doléování) - vyhýbání se rizikovým situacím a místm, přiměřený životní styl;
- 6) **relaps** - jedinec selhává, mže se dostat zp t do 1. stadia, kdy nestojí o změnu; *intervence*: zvládnout psychologickou reakci na selhání a užívání rychle zastavit.

Vlastní léčebné programy využívají širokého spektra metod: farmakoterapii (p edevším v po átku léčby v ase detoxifikace organismu), psychoterapii individuální i skupinovou (tvo í jádro léčby závislostních poruch), sociální poradenství, ergoterapii, pohybovou terapii atp. Podle typu se rozlišuje léčba ambulantní a reziden ní, podle délky na krátkodobou, středn dobou a dlouhodobou. Na základní léčebný program by m la navazovat následná pé e, doléování, které napomáhá abstinujícímu jedinci obstát v životě po léčbě a zvyšuje vlastní efekt léčby (Kalina, 2001).

2 OBECNÉ ASPEKTY POHYBOVÉ AKTIVITY

Pohybová aktivita je podstatnou součástí zdravého životního stylu. Má nezastupitelnou roli v prevenci i v léčbě onemocnění civilizačních onemocnění. Razantní nárůst zmíněných onemocnění je spojen se sníženou aktivitou v důsledku změny fyzického zatížení v pracovním procesu, volnoasových aktivitách, ale i například při transportu (do zaměstnání, do školy apod.)

Fyzická (pohybová) aktivita je deklarována jako tělesný pohyb způsobený kontrakcí kosterního svalstva a je spojen s energetickým výdejem (Hejnová, Štich 2001). Nejde tedy jen o sportovní aktivity, ale o jakýkoli tělesný pohyb. Sport je jen jeho podskupinou.

2.1 Druhy pohybových aktivit

Pohyb je projev existence člověka. Jakoukoli obecnou činnost lze chápat v jistém slova smyslu jako pohyb, pohyb společenský a biologický (Grexa, Strachová, 2011). Pohyb lze chápat nejen jako lokomotoričtí činnost těla, tedy nejen pohyb svalů, ale i pocit, nálad a myšlenek. Pohyb je tedy základním výrazovým prostředkem člověka, je možno ho chápat jako převodní formu prastaré lidské komunikace (Blahutková et al, 2005). Pohybové aktivity lze též dělit podle různých kritérií, záleží na tom, jaké hledisko vymezení zaujmeme. Dle biologických předpokladů k motorické činnosti je možné v základu rozdělit na vytrvalostní, rychlostní a silové (Mokota, 2005). Vytrvalostní (aerobní) pohyb je charakterizován jako cyklické opakování pohybu po delší dobu (Peri, 2007). Metabolicky se odehrává na střední úrovni, pod anaerobním prahem, tedy za přítomnosti dostatečného množství kyslíku. Při této aktivitě je kladen vysoký požadavek na přísun kyslíku a tedy především na kardiopulmonární systém. Energetická náročnost závisí na době trvání aktivity, potřebná energie je při dostatečné době hrazena především tuky (Kohlíková, internetový zdroj). Rychlostní forma pohybové aktivity je krátkodobá intenzivní forma činnosti (Peri, 2007). Probíhá v pásmu nad anaerobním prahem, bez přísunu kyslíku. Energetické pokrytí je zajišťováno z lokálních energetických zdrojů a z cukru za vzniku kyseliny mléčné. Jedná se o sportovní aktivity. Silová forma pohybové aktivity je krátkodobá intenzivní činnost s považující silovou složkou – především zvedání břemen. Dochází při ní ke krátkodobému intenzivnímu zatížení kardiiovaskulárního systému. Energetické potřeby jsou zajišťovány z lokálních zdrojů (Kohlíková, internetový zdroj). Opakované provádění silové aktivity – trénink má vliv především na pohybový aparát a na metabolismus, což se projevuje efektivnějším využíváním sacharidů svalovou buňkou. Dřívejší teorie zahrnovaly jako pohybové schopnosti jen sílu, vytrvalost, rychlost a obratnost, novější teorie se dívají na pohyb funkčně a komplexně i s ohledem na pohybové ústředí se orgánových struktur (Mokota, 2005)). V souvislosti s pohybovou aktivitou je třeba zmínit ještě pojem *fitness*, tedy *fyzická zdatnost*. V minulosti byla pod pojmem fyzická zdatnost chápána pouze vytrvalostní složka, hodnocená jako maximální kardiopulmonární výkon definovaný maximální spotřebou kyslíku (VO_{2max}). V současnosti je tento pojem chápán spíše jako souhrn kardiopulmonárního výkonu a stavu pohybového aparátu vyjádřeného svalovou silou a pružností. Existuje i pojem *metabolická zdatnost*, týkající se především zdravotních fyziologických parametrů organismu (např. citlivost tkáně na inzulín) (Hejnová, Štich, 2001).

Vcelku zajímavým motorickým parametrem je tzv. *docilita*. Je definována jako schopnost individua, resp. míry jeho učenlivosti novým pohybovým dovednostem (Peřinová, 2014). Na několika výzkumy byl prokázán významný vliv koordinačních (obratnostních) schopností. Lze předpokládat, že motorická *docilita* jako teoretický konstrukt není unidimenzionálního charakteru a

je potřeba dalšího výzkumu k optimální operacionalizaci. Uení se novým pohybovým dovednostem probíhá v ase, za eduka ního p sobení profesionálních trenér , p edpokladem je motivace jedince, okolí, podn tnost prost edí, sociální zázemí a p edchozí zkušenosti obou stran aktér procesu. B hem senzomotorického u ení lze sledovat:

- podmínky b hem vlastního procesu u ení
 - 1.) motivace, podn tnost prost edí, p edchozí zkušenosti a sociální zázemí u ícího se subjektu
 - 2.) motivace, podn tnost prost edí, p edchozí zkušenosti trenéra/pedagoga
- vlastní hodnocení motorické *docility*
 - 1.) získání p ehledu o tom jaké je subjektivní vnímání motorické *docility* subjektem (zhodnocení míry pohybové u enlivosti – rozsahu, obsahu a definování pojmu na základ vlastních zkušeností) jednotlivých subjekt)
 - 2.) následné hodnocení míry pohybové u enlivosti trenérem/pedagogem
 - 3.) následné vlastní hodnocení míry pohybové u enlivosti subjektem

Jiné hledisko d lení pohybových aktivit nabízí Ku era a Dylevský (1999). Z medicínského pohledu se ukazuje jako vhodn ěší d lení na:

- Spontánní aktivitu ve volném ase, tedy nesystematickou nepravidelnou pohybovou aktivitu (procházky, společenské hry)
- Lé bu sportem nabízející rozší ení rehabilita ních metod.
- Fyzioterapeutické postupy jakožto komplexního souboru rehabilita ních metod
- Senzomotorická cvi ení zabývající se poruchami mozkových a nervových funkcí ve vztahu k pohybu
- Psychomotorické pohybové stimulace zajiš ující psychickou rovnováhu prost ednictvím cílených pohybových akcí
- Psychická stimulace pohybem sloužící k ovlivn ní mentálních proces
- Komunikativní pohybová terapie zabývající se za len ním pacienta do kolektivu
- Aktivní t lesná cvi ení
- Výkonnostní a závodní sport zam ující se na podávání maximálních výkon ů a využívající sout ěžnosti
- Rekrea ní sport sloužící k optimálnímu využití volného asu a napl ující potřebu fyzické aktivity

Kineziologie rozlišuje pohyb pasivní, tedy pohyb provád ěný p i maximální relaxaci sval vyšet ovaného segmentu a aktivní, pohyb který je generován vyšet ovaným (Dylevský, 2007).

Sigmundová (2005) uvádí schématické t íd ní druh pohybové aktivity podle r zných aspekt : dle cíle (sportovní, rekrea ní, zdravotní), dle pravidelnosti (pravidelná, nepravidelná), dle sociálního aspektu (individuální, skupinová), dle ízenosti (organizovaná, neorganizovaná) dle zám rnosti (intencionální/spontánní), dle denního režimu (volno asová, pracovní, školní, mimoškolní), dle etapy života (pohybová aktivita d tí, mládeže, dosp ělých, senior , celoživotní pohybová aktivita). Ú inky pohybových aktivit na organismus.

Pohyb, sport, ale v podstatě jakákoli aktivita, při které dochází k výdeji energie, napomáhá ke zlepšování celkového zdravotního stavu. Je-li jedinec vystaven nedostatku pohybu, je pravděpodobné, že se dříve, či později objeví zdravotní komplikace. Tyto komplikace jsou označovány jako *civilizační onemocnění*. Jedná se především o kardiovaskulární onemocnění, nadváhu, diabetes mellitus 2. typu. Adekvátní dávkování pohybu podporuje i imunitní systém. Pravidelný pohyb nemá vliv jen na tělesný (fyziologický) stav organismu, ale i na duševní pohodu - redukuje úzkosti a deprese a pomáhá zvládat stres. Blahutková et al. (2005) uvádí, že sportovní pohybová aktivita má vliv na snižování konzumace alkoholu a drog. Vedle všeho výše zmíněného má pohyb nepostradatelnou socializační, psychoregulační a psychorelaxační funkci. Uvedená pozitivita ovšem přináší jen pohybová aktivita, která je přiměřená vku a zdravotnímu stavu jedince. nepřiměřená intenzita a objem mohou vyústit v negativní následky v podobě chronické únavy, pocitu vyčerpání, oslabení organismu, které v důsledku vedou ke ztrátě motivace k dalším pohybovým aktivitám (Mokota, Cuberek, 2007). Pohybovou aktivitu je třeba adekvátně přizpůsobovat zdravotnímu stavu a cílům, kterých je jedinec schopen dosáhnout. Nekonceptuálně a bezhlavě provádění pohybových aktivit, především u netrénovaných a nezkušených jedinců, může vést k poškození nejen pohybového aparátu, ale i k celkovému zhoršení zdravotního stavu.

Hovoříme-li o účinku pohybových aktivit na organismus je třeba definovat reaktivitu na 1.) akutní zátěž, tzn. jak reaguje organismus a orgánové soustavy na okamžitou zátěž a 2.) adaptabilitu na opakovanou (pravidelnou) fyzickou zátěž – trénink. Odpověď organismu nám objasňuje, jak se mění reakce jednotlivých orgánů/orgánových soustav na akutní zátěž po tréninku (je zřejmý rozdíl mezi reaktivitou trénovaného a netrénovaného jedince).

2.1.1 Reakce a adaptace organismu na fyzickou zátěž

Organismus reaguje na akutní fyzickou zátěž změnou/zvýšenou aktivitou orgánových soustav. Do popředí vystupuje role transportního systému – tedy všech orgánů, které zprostředkovávají transport kyslíku z plic až do struktur pracujících svalové buňky. Na počátku zátěže stoupá množství spotřebovávaného kyslíku, nicméně vzestup není okamžitý, nýbrž postupný tak, jak reagují na zvýšené kyslíkové požadavky jednotlivé orgány. V prvních okamžicích (sekundách) na počátku zátěže jsou požadavky energetické požadavky satureovány bez kyslíku, z okamžitých zdrojů (tedy jednoduchými sacharidy) za vzniku kyseliny mléčné. Asi po 30 sekundách se začíná na energetické bilanci podílet aerobní metabolismus. Po ustálení úrovně zátěže, nebo po dosažení maximální zátěže dochází k rovnovážnému stavu a přísun kyslíku zůstává po nějakou dobu stabilní. Po ukončení zátěže se množství spotřebovávaného kyslíku postupně snižuje až ke klidovým hodnotám. V plicích dochází ke zvýšení minutové plicní ventilace, tedy množství kyslíku, které projde plicemi za jednu minutu. Navýšení je dosaženo zrychlením dechové frekvence a zvýšením dechového objemu na úkor nádechové i výdechové rezervy. Při opakované pravidelné pohybové aktivitě po dostatečně dlouhou dobu dochází postupně ke změnám, které umožní lepší zvládnutí zátěže. Dochází ke zvýšení vitální kapacity a zlepšuje se ekonomika dýchání, tj. při submaximálních zátěžích při větším dechovém objemu je třeba menší dechové frekvence, a tedy menšího zatížení dechových svalů (Hejnová, 2014).

Z hlediska oběhového systému při akutní zátěži dochází k postupnému zvyšování systolického tlaku, tepová frekvence stoupá v závislosti na intenzitě zátěže. Rozlišujeme tepovou frekvenci klidovou submaximální a maximální. Hodnoty klidové a submaximální frekvence jsou závislé na trénovanosti jedince, maximální tepová frekvence je závislá pouze na věku. Během zátěže dochází k periferní redistribuci krve. K nejvýraznějšímu rozšíření periferního oběhu dochází

přímo v pracujícím svalu, v krevním řečišti a v myokardu. Po delším tréninku dochází k postupnému zlepšení využití kyslíku ve svalu vlivem adaptace enzymatického vybavení buněk mitochondrií. Dochází ke zvýšení krevního tlaku jak systolického (v důsledku zvýšení tonu parasympatiky), tak i diastolického, díky snížení odporu v periferním řečišti (Hejnová, 2014).

Podstatným efektem pravidelné fyzické zátěže je dopad na metabolická onemocnění, jak v prevenci, tak v léčbě má pravidelná pohybová aktivita vliv na obezitu a diabetes mellitus 2. typu. U obezity je pohyb důležitou součástí redukčních systémů, kdy se podílí na dosažení negativní energetické bilance zvýšením energetického výdeje. Zlepšuje se senzitivita tkání vůči inzulínu, což má příznivý dopad na patofyziologii vzniku diabetu 2. typu. Výsledkem je, že u obézních jedinců snižuje riziko vzniku diabetu 2. typu a u diabetiků zlepšuje kompenzaci onemocnění, eventuelně může vést i k redukci inzulínové farmakoterapie. V metabolismu tuků je popisováno zvýšení HDL a snížení LDL cholesterolu, avšak pro tento výsledný efekt je třeba velkého energetického výdeje.

V souhrnu lze konstatovat, že u pohybově aktivních lidí lze pozorovat lepší zdraví, zlepšení fyzické zdatnosti, kontrolu hmotnosti, větší svalovou sílu, pevnější kosti, snížení stresu, pocit energie, sebedůvěry a nezávislý život i ve vyšším věku. U neaktivních lidí se naopak často vyskytují onemocnění srdce, obezita, vysoký krevní tlak, diabetes mellitus 2. typu, osteoporóza, riziko aterosklerózy, deprese, karcinom tlustého střeva a předčasná úmrtí.

Sledování pohybové aktivity zahrnuje evaluaci pracovních aktivit, zda-li je zaměstnání sedavé i s pohybem, jakou část pracovní doby pohybová aktivita trvá a jaká je jeho intenzita. Dalším sledovaným parametrem je volnoasová pohybová aktivita. Tento parametr zahrnuje dva subparametry – aktivity *necílené*, jako nutné součásti života, tj. péče o domácnost, o nemovitosti, o děti, transport do zaměstnání atd. Druhým subparametrem jsou aktivity *cílené*, strukturované, plánované, eventuálně i opakované tj. sportovní činnost. Ty mohou být na různých úrovních, od rekreační přes výkonnostní až po vrcholovou (Hejnová, Štich, 2001).

Metoda měření pohybové aktivity se odvíjí od potřeby přesnosti výsledků – od výsledků pro ryze výzkumné účely zahrnující nepřímou kalorimetrii⁵, po metodiky používané v praxi, které jsou významně méně finančně náročné, za to jsou zatíženy větší nepřesností (Hejnová, Štich, 2001). Využívá se krokometr, akcelerometr, monitorování tepové frekvence (chybu ovšem vytváří nemožnost odstranění rušivých vlivů jako je například stres). Existují i různé dotazníkové metody, vedení deníků o pohybové aktivitě, případně i vedená interview.

2.2 Doporučení pohybové aktivity

Doporučení se v zásadě liší podle výstupu, kterého požadujeme dosáhnout. Jiné bude u sportovce, který bude sledovat zvýšení fyzické zdatnosti, jiné bude obecné doporučení pro obecnou populaci jako prevence civilizačních onemocnění, prevence obezity a jiné pro pohybové aktivity které jsou součástí terapie u různých chorob. Zvýšení fyzické zdatnosti bylo v řadě studií dáváno do souvislosti s morbiditou i mortalitou a dle Blaira (2001) je doporučení pro zvýšení fyzické zdatnosti následující:

⁵ Základním principem této metody je měření spotřeby nutričních substrátů a výměnných plynů v daném úseku a určení respiračního koeficientu.

- Frekvence: 3-4x týdně;
- Intenzita: 60-80% maximálního výkonu;
- Doba trvání: 30-45 minut;
- Frekvence 3-4krát týdně představuje fyzickou aktivitu vytrvalostního (aerobního) charakteru pravidelně rozložené v týdnu, nejlépe tedy obden. Není vhodné aktivity kumulovat (např. do víkendových dní), nebo nejsou plnohodnotné v důsledku potřeby provádět aktivitu ještě vase, kdy doznívají změny v metabolismu po předcházející aktivitě. Intenzitou 60-80 % maximálního výkonu je minimálně procento maximální spotřeby kyslíku nebo maximální tepové frekvence, tato intenzita představuje střední zátěž a odpovídá přibližně anaerobnímu prahu⁶ (Blair, 2001).

V poslední době se ada odborných společností zabývá otázkou, jaké je nejmenší možné množství aktivit, které by bylo akceptovatelné pro nejširší vrstvy obyvatelstva a aby bylo ještě účinné pro prevenci onemocnění. Z výzkumů a diskuzí vzešlo doporučení, které deklaruje „akumulaci 60 minut pohybové aktivity denně pro udržení nebo zlepšení zdraví, přičemž je možno tyto aktivity kumulovat po 10ti minutových jednotkách. Jestliže se pokračí k aktivitám střední intenzity, je možno aktivity zkrátit na 30minut 4-5krát týdně“ (Pate, 1995).

Vedle vytrvalostních aktivit je kladen důraz i na složky ovlivňující pohybový aparát, tj. cvičení posilovací a protahovací. Existuje předpoklad, že se ada pohybových aktivit, pokud je není třeba realizovat souvisle, může zaadit jako součást běžného života (chůze do práce, používání ručního nářadí bez pohonu, používání schodů namísto výtahu). Tento výklad je akceptovatelný pro jedince, kteří nemají vztah ke sportu, případně se potýkají s časovými možnostmi a jsou ochotni takto koncipované pohybové aktivity provádět.

2.3 Pohybová diagnostika

V zásadě a především správná diagnostika je jednou z nejdůležitějších metod jak hlouběji poznat daného pacienta/klienta a vyhodnotit pro něj nejvhodnější typ pohybové terapie. Tato diagnostika by měla předcházet poátku jakékoli pohybové terapie. I přes nespočet souasných moderních technologií umožňujících přesnou diagnostiku je subjektivní diagnostika stále první volbou terapeuta. Iasto hraje roli i vzdor a odpor ady klient, kteří nejsou ochotni podstupovat zdlouhavá vyšetření, diagnostika se tedy v podstatě redukuje na palpací a vizuální diagnostická vyšetření. Dobrý terapeut by ovšem, vedle zkoumání pohybového aparátu, měl prostřednictvím komunikace také odhadnout nejen fyzické, ale i mentální rozpoložení, měl by být schopen navázat vztah a vytvořit důvěrnou a přátelskou atmosféru a v duchu víry ve znalosti a schopnosti trenéra (Tichý, 2000). Pohybový projev dovoluje terapeutovi dovítit se nemalého množství i dost zásadních informací. Iastou a oblíbenou diagnostickou metodou je diagnostika dle Rudolfa Labana⁷.

⁶ Intenzita, při které přechází metabolismus z aerobního stavu do anaerobního, pracujícího na kyslíkový dluh. čím je jedinec trénovanější, tím vyšší intenzitu představuje jeho anaerobní práh a čím více trénovat na vyšší úrovni.

⁷ R. Laban (1879 – 1958), slovensko – maďarský tanečník a choreograf, prokopník moderního výrazového tance, psychologie pohybu a pohybové terapie

2.3.1 Labanova objektivní analýza pohybu

Labanova diagnostika (Labanova objektivní analýza pohybu) se stala prospšnou metodikou sledování pohybu a jeho následné kategorizaci, p edevším v oblasti psychodiagnostiky a antropologie. Unikátnost této metody tkví v tom, že nevyžaduje zdlouhavý a p íliš podrobný popis, ale je pochopitelná a srozumitelná i pro laickou veřejnost. Laban vnímal pohyb holisticky, tedy celostním pohledem, neomezoval se jen na jednotlivé sou ásti pohybu, pohyb vnímal jako sou ást chování. Nespornou výhodou Labanova diagnostického aparátu je, že ho nemusí provád t specializovaný odborník, mnohé je napov zeno i laikovi. Jednotlivé ásti t la, je-li jim v novaná pat i ná pozornost, mohou mnohé prozradit. Podstatné je všítat si p edevším etnosti, s níž jsou jednotlivé ásti t la využívány a zapojovány do pohybu, dále je d ležit sledovat jejich vzájemné propojení a prostorové využití.

Laban v rámci své diagnostiky stanovil následující kritéria (Payne, 1990):

- 1) Body – t lo: nástroj pohybu;
- 2) Effort – kvalita/úsílí: jak se pohybujeme:
 - váha: lehký/silný pohyb
 - as: náhlý/plynulý pohyb
 - prostor: p ímý/nep ímý pohyb
 - plynutí: svázaný/ volný pohyb
- 3) Shape – vztah/tvar: formy pohybu, kým nebo ím pohybujeme vzhledem k prostoru;
- 4) Space – prostor, kde se pohybujeme:
 - Roviny pohybu: vertikální/horizontální/sagitální.

Payne (1990) také vysv tluje, že Labanova analýza pohybu umožní citliv ji ur ovat rozsah pohybového chování klient , identifikovat jejich silné a slabé stránky, které odkrývají prost ednictvím svých zako en ých návyk ve smyslu jednotlivých kvalit úsilí v pohybu (b žným projevem) a up ednostn ním ve tvarování pohybu v prostoru (preferovanou t lesnou pozicí). Našli se pochopiteln i kritici Labanovy analýzy, kte í jí vytýkají formáln geometrické a um lé p isuzování kosmologických význam , které je ze zásady mylné.

3 POHYB JAKO PSYCHOSOCIÁLNÍ FENOMÉN

Sportovní – pohybové aktivity představují jeden z elementárních fenoménů lidského bytí a podílí se na všech složkách naší soudobé moderní společnosti. Patří mezi fundament procesu dospívajícího ke kvalitě života a zdraví. Pohybová aktivita, zdraví a kvalita života jsou úzce spojeny. Lidské tělo je stvořené k pohybu, a proto k optimálnímu fungování a zamezení nemocí potřebuje pravidelnou pohybovou aktivitu. Bylo prokázáno, že sedavý životní styl je rizikovým faktorem pro rozvoj mnoha chronických nemocí, včetně kardiovaskulárních chorob, které jsou hlavní příčinou smrti v západním světě. Aktivní způsob života kromě toho poskytuje mnohé další sociální a psychologické přínosy, navíc existuje přímá spojitost mezi pohybovou aktivitou a prodlouženou délkou života, proto pohybově aktivní lidé obvykle žijí déle než neaktivní. Sedaví lidé, kteří začali vést pohybově aktivnější život, udávají, že se cítí lépe z pohybového i duševního hlediska a těší se vyšší kvalitě života.

3.1 Sociální prostředí jako faktor ovlivňující kvalitu a míru pohybové aktivity

Sociální prostředí škol a sportovních klubů jsou důležitá místa pro zvyšování pohybové aktivity související se zdravím dětí a mladých lidí. Sedavé děti a mladí lidé vykazují známky metabolických problémů, například seskupování kardiovaskulárních rizikových faktorů. Tato skupina dětí a mladých lidí v mnoha zemích EU trvale roste, ale pro sportovní organizace může být obtížné se k nim dostat (EU Physical Activity Guidelines, 2008). Na jedné straně tyto děti a mladí lidé mají často málo zkušeností se závodními sporty, zatímco na druhé straně sportovní organizace často vedle svých tradičních závodních sportovních aktivit nenabízejí vhodné programy. Tělesná výchova je však ve školách ve většině zemí povinný předmět a ve školách je možné nabídnout zdravou a atraktivní tělesnou výchovu, která vzbudí zájem o pohybovou aktivitu. Je proto důležité vyhodnocovat, zda rozšíření nebo zlepšení tělesné výchovy může mít za následek zlepšení zdraví a zdravé chování mezi dětmi a mladými lidmi (Vostrý, 2006).

Stále více důkazů dokládá význam pohybové aktivity pro starší dospělé. Až kolik zdravotní stav během stárnutí lze považovat z velké míry za výsledek životního stylu v dospělém věku a možná i v mládí, úroveň pohybové aktivity starších osob je důležitým určujícím faktorem pro jejich úroveň tělesné zdatnosti a pro jejich trvalou schopnost vést nezávislý život. Kladné účinky neustávající pohybové aktivity zahrnují jak psychologické (životní uspokojení), tak pohybové, fyziologické a sociální zdravotní podmínky. Bylo dokázáno, že účast v programu pravidelného cvičení je účinným nástrojem ke snížení nebo prevenci mnoha funkčních potíží spojených se stárnutím, včetně osmdesátníků a devadesátníků. Je stále více důkazů o tom, že pohybová aktivita může pomoci udržovat kognitivní funkce a má preventivní účinek na deprese a demence (psychiatrické poruchy nejčastější mezi staršími lidmi) (Hátllová, 2004; Landers&Arent, 2001).

Pohybová aktivita zahrnující trénink specifických svalů (síla a rovnováha) hraje důležitou úlohu ve zlepšování kvality života starších osob. Výsledky systematického review vědeckých prospektivních kohortových studií o mortalitě všech příčin u fyzicky aktivních a neaktivních jedinců (Reimers, Knapp&Reimers, 2012) zkoumajících přímou souvislost mezi fyzickou aktivitou a délkou života naznačily konzervativní odhad navýšení délky života o 2-4 roky s

vykonávanou pravidelnou pohybovou aktivitou nebo cvičením v pokročilem věku. V případě zlepšení, fyziologické a psychologické podmínky pomáhají zachovat osobní nezávislost a snížit nároky na služby akutní a chronické péče. Review studií dále ukazuje na skutečnost, že fyzická aktivita snižuje mnoho významných rizikových faktorů úmrtnosti jako je arteriální hypertenze, diabetes mellitus 2. typu, dyslipidemie, koronární onemocnění srdce, riziko cévních mozkových příhod a riziko karcinomu (Reimers, Knapp&Reimers, 2012). Některými, normální váha a zdravé stravování spolu s adekvátní fyzickou aktivitou a konzumací jednoho standardního alkoholického nápoje denně jsou parametry, které dle výzkumu rizikového chování spojené s kauzálními příčinami úmrtnosti (Ford, Zhao, Tsai&Li'c 2011) zvyšují průměrnou délku života o 11,1 rok.

Pohybové aktivity a cvičení ve starším věku často brání kulturní, psychologické a zdravotní faktory. Proto je nezbytná zvláštní péče při vytváření a podpoře motivace starších lidí k pohybové aktivitě, zejména v případě, že nejsou na pohybovou aktivitu zvyklí. Marcus a Forsyth (2010) konstatují, že pohybové aktivity a sport nemají příliš velký dopad na životní spokojenost, pokud se nestanou trvalou součástí života jedince. Je žádoucí upravovat volnočasové aktivity populace směrem k obohacování o pohybové aktivity. S ohledem na zvyšující se věk dožití je třeba zajistit uchování pohybové soběstačnosti a uchování psychické integrity aby byla pozitivně ovlivněna kvalita života i ve vyšším věku (Slepička et al, 2015). Sport a pohybové aktivity nahlížené v souvislostech adekvátního hodnotového žebříku a struktury motivace by měly být součástí většího sociálních skupin, tj. nejen rodiny a vrstevníků, ale na úrovni makrosociálního prostředí daného celospolečenskými podmínkami. Sportování jakožto specifická forma pohybových aktivit nachází své místo v každodenních aktivitách jedince, s cílem modifikovat životní styl a zvýšit kvalitu života obohacením pohybové komponenty i ve vyšším věku (Leohr, Schwarz, 2003).

3.2 Pohyb a jeho dopad na (nejen) duševní zdraví

Evoluční perspektiva pomáhá vyhodnotit do jaké míry je cvičení lékem a vysvětluje paradox cvičení: pro lidi mají tendence vyhýbat se cvičení navzdory jeho výhodám. Pokud bychom se podívali na cestu naznačující, že lidé se vyvíjeli společně, aby byli připraveni k pravidelné, systematické vytrvalostní fyzické aktivitě až do pozdního věku. Jelikož přísun energie z potravy byl omezený, lidstvo vyselektovávalo aktivitu tak, aby se vyhnulo nadbytečnému namáhání a v těle anatomických systémů se vyvíjela tak, aby vyžadovala podstatně fyzické aktivity k přípravě na kapacitu poptávce. V důsledku toho ve vývoji nikdy nefungovalo, aby se lidský organismus evolučně vyrovnal s dlouhodobými úvlnami chronické nečinnosti. Vzhledem k tomu, že veškeré adaptační mechanismy byly výsledkem kompromisu, neexistuje žádná evolučně určená dávka nebo druh fyzické aktivity, která by optimalizovala zdraví. Navíc, protože se lidé vyvinuli, aby byli aktivní pro hru nebo pohyb nutný pro přežití, snaha propagovat a podporovat cvičební aktivity nutně vyžaduje změnu přístupu společně, aby přiměla lidstvo k aktivitě a chápání pohybu jakožto zábavné činnosti (Lieberman, 2015).

Existuje celá řada pozitivních úvln pohybu na lidskou psychiku. Celá staletí panuje přesvědčení o spojitosti mezi tělesným pohybem a duševním zdravím, nicméně v dávných letech se tímto vztahem zabývala a jasnější porozumění vztahu mezi tělesnými cvičeními a duševním zdravím přinesla až relativně nedávno (Biddle, Mutrie, 2008). Pravidelné cvičení snižuje psychický stres, zvyšuje sebevědomí, aktivizuje postojní spokojenost k vlastnímu zdraví a pozitivně ovlivňuje spánek, životní návyky a výživu (Pedersen, Saltin, 2006). Stimuluje mentální činnost, snižuje výskyt depresí, úzkosti (Daleyová, 2008, Grove, Ecklund 2004), zlepšuje schopnost soustředění, pomáhá odstranit potíže při usínání a zmírňuje bolesti hlavy. Fyzicky aktivní jedinec má vyšší

produkci nervosvalových mediátorů a modulátorů, snižujících bolest, zlepšujících náladu na základě vyplavování enkefalinu a endorfinu (Bartková, 2006). Vysvětlení jak a pro čemu je pohybová aktivita zlepšovat duševní zdraví lze hledat jak ve fyziologických tak i psychologických aspektech. Z hlediska fyziologického přístupu je to v první řadě zvýšení hladin endorfinů. Tyto opioidní polypeptidy se uvolňují v období stresu, kam se řadí i aerobní a anaerobní cvičení. Pravidelné cvičení tedy vede ke zvýšené sekreci endorfinů, zvýšené citlivosti jedince vůči nim a jejich následného pomalejšího odbourávání (McArdle et al, 2001). Při cvičení se také zvyšuje průtok krve v mozku (Landers & Arent, 2007), čímž dochází k jeho stimulaci. Této skutečnosti si byl v domě už Aristoteles. Název jeho peripatetické školy je odvozen od způsobu výuky – diskuze se svými žáky totiž vedl přímě. Při pravidelném pohybu dochází k uvolnění stresových hormonů spojených s depresí, anxiétou a negativní náladou (McArdle, 2001) a zvyšuje se produkce monoaminových neurotransmitterů (dopamin, adrenalin) (Landers, Arent, 2007).

Psychologická vysvětlení nabízejí pozitivní vliv pohybu na zlepšení sebeúcty, tedy hodnoty, které člověk k sobě sám přisuzuje. Pokud se jedinec vnuje pravidelné pohybové aktivitě, cvičení a sportu, zlepšuje se jeho fyzická zdatnost nebo vzhled (např. úbytek váhy). V důsledku zlepšených dovedností, fyzické zdatnosti a vzhledu se může zlepšit i jeho sebeúcta. Skutečné zlepšení dovedností a fyzické zdatnosti ale není vždy nezbytné. Sebeúcta se může změnit i přes důvěrně člověka, že se jeho schopnosti a fyzická kondice zlepšily (Lox et al, 2006). Dalším aspektem vedoucím ke zlepšení duševního zdraví je interakce s ostatními lidmi a sociální podpora, kterou jedinec zažívá při cvičení (Dishman et al, 2004).

Pohyb zároveň vyjadřuje naši osobnost, temperament, integrovanost. Podle Feldenkraise (1996) se každý člověk pohybuje zcela osobitým způsobem, který odpovídá představě, již si během života sám o sobě vytvořil. V praxi tento poznatek využívá například kriminalistická metoda nazvaná *trasologie*. Díky této metodě lze ze stop rozpoznat specifické chůze konkrétního člověka. Lidské emoce se zase promítají do tzv. *ekstézi* ili neverbálních projevů jako jsou gesta, postoje, mimika atd. Proto do jisté míry každý pohyb signalizuje úroveň integrovanosti naší osobnosti, souladu mezi našimi motivy a činy.

V ladnosti a kultivovanosti pohybu zase nacházíme důkaz pro potvrzení jednoty duševní a tělesné stránky člověka. Ideál kalokagathie, stejný jako praxe jógy a řeckých bojových umění si jsou této jednoty v domě a harmonii si kladou za svůj hlavní cíl (Martínková, 2007). Emoce se nutně projevují v pohybu – přinejmenším fyziologickými změnami, jako je zrudnutí či zblednutí, zvýšená srdečníinnost. Pohyb nejen odráží náš emocionální stav, ale může být i samotným zdrojem emocí, které v ostatních sférách života nepotkáme. Typickým příkladem jsou tzv. adrenalinové sporty. Potěba emocionální katarze v dnešní oddělené, přetechizované společnosti, ale i zážitky ze specifického pohybu (bungee-jumping, tandemové seskoky, potápění) se odrážejí v rostoucí oblíbenosti těchto aktivit.

Tělesná cvičení hrají značnou úlohu i pro stav psychické pohody u jedinců s chronickým onemocněním. Graham et al (2008) provedli rozhovory s jedenácti účastníky skupinového cvičení chronických, kteří trpěli různými typy onemocnění (paraplegie, stavy po traumatu mozku, těžká artritida limitující pohyb jedince) a dospěli k následujícímu zjištění ve třech hlavních oblastech, které účastníci vnímali jako důležité pro jejich psychickou pohodu:

- Cvičení chápali jako nástroj aktivního řízení nálady, který jim pomáhá zlepšit pocity energie a motivace a snížit depresivní ladění;

- Dlouhotrvající chronické onemocnění může vést ke ztrátě důležitější identity (sociální, profesionální) a cvičení jim napomáhalo nahradit tyto ztracené identity, jelikož ve skupině stejně „postižených“ se účastníci sami označovali za zdravotně cvičence;
- Lidé s chronickým onemocněním se často dostávají do izolace, nebo nemohou pracovat, účastnit se společenských aktivit jako v případě plného zdraví. Cvičení jim napomáhalo cítit spojení a lepší porozumění s druhými a intenzivněji vnímat vlastní tělo.

3.3 Determinanty ovlivňující vztah k pohybovým aktivitám

Vlivy podílející se na vztahu k pohybovým aktivitám můžeme rozdělit na biologické, psychologické a sociální. Z biologických jsou to především tělesné dispozice, celkový zdravotní stav a jeho případná omezení. Biologické vlivy i mechanismy usnadňují detekovat projevy tělesné aktivity na tělesném stavu pacienta/klienta. Odborná veřejnost poukazuje na značné zlepšení prokrvení mozkové tkáně v důsledku pohybové aktivity, zmíní i změny regionální aktivity mozkových struktur. Další důležitý biologický mechanismus, který má prokaznou souvislost s pohybovou aktivitou je zlepšení paměti, spontánní navození stavu relaxace a uvolnění. Především u dlouhodobých uživatelů návykových látek, u kterých dochází k negativnímu ovlivnění duševní výkonnosti, je tento efekt velmi užitečný v souvislosti s nadužíváním farmakologických preparátů proti bolesti (Nešpor, 1998).

Psychologické a emoční aspekty jsou ve vztahu k pohybu také velmi výrazně zmíněny. Stres, úzkostné projevy, reaktivní emoční diskomfort, ale třeba i bažení u uživatelů návykových látek, kteří tělo abstingují, může pohybová aktivita velmi výrazně zmírnit, v ideálním případě zcela anulovat. Výběrem vhodné pohybové aktivity se může jedinec zcela svépomocí od negativních psychických stavů oprostit. Svépomoc hraje v tomto případě zcela zásadní roli, nebo mnoho jedinců tímto získává dlouho postrádaný dojem, že právě on sám může ovlivňovat a kontrolovat svůj vlastní život, čímž zvyšuje své často pozbyté sebevědomí (Csémy, Nešpor, 2012).

Sociální vliv podílející se na vztahu k pohybovým aktivitám začíná již v samotné rodině. Zde se dítě učí vztahu k pohybu i k vlastní tělesnosti. Pohyb je v rodině mírně usměrňován, korigován i omezován v závislosti na rodinném pojetí výchovy (od liberálního po hyperprotektivní). Rodina je zároveň pro dítě vzorem, který napodobuje, a to i v oblasti pohybových aktivit. Rodinné prostředí se významnou měrou podílí na utváření postoje ke sportu. Chen (2014) provedl studii zabývající se relací mezi harmonickou i obsesivní vášní ke sportu a cvičení u rodičů a vnímání pohybových aktivit a seberealizace ve sportu u jejich dětí. V rámci studie byla hodnocena vnitřní hodnota zájmu, hodnota a důležitost jejich dosažení, externí užitečná hodnota, schopnost, očekávání a důležitost dosažení výsledku, obtížnost aktivity a požadovaná snaha k jejich dosažení rodičů. Rodiče byli stratifikováni dle harmonické a obsesivní vášně pro sport. U potomků bylo zkoumáno sebevnímání a sebepojetí, stejně jako vnímání důležitosti dosažení výsledků. Děti rodičů s vysokou shodou harmonické vášně pro sport (oba rodiče sportující) zaznamenaly vyšší skóre vnitřní hodnoty zájmu, vnější (externí) užitečnosti, vztahující očekávání a důležitost dosažení dobrých výsledků, než jejich protějšky, u jejichž rodičů nepanovala velká shoda vášně pro sport (tj. jeden nebo oba rodiče nesportující). Obdobné vzorce chování byly nalezeny i u dětí s obsesivní vášní pro sport. Vliv rodinné tradice postoje ke sportu je tedy značný a jistým způsobem i dědičný. K zásadnímu omezení volného pohybu však dochází nástupem do školy, který špatně snášejí zvláště hyperaktivní děti. Je otázkou, zda tento zlom není zároveň prvním krokem postupného přechodu k sedavému způsobu života, ke kterému tak škola nechtěně přispívá. Možná i z tohoto důvodu patří tělesná výchova v tomto věku k nejoblíbenějším předmětům.

Ve vztahu k pohybovým aktivitám je zajímavá i role médií. Hošek, Jansa a Minaříková (2002) v této souvislosti uvádí zajímavé zjištění: přestože na vrcholové úrovni sportuje jen zlomek populace, na celkovém obrazu sportu se rozhodující měrou podílí právě vrcholový sport. Ten je totiž prezentován médií.

Na vztahu ke sportu se totiž mohou podepisovat i různé negativní jevy (komercializace, divácké jevy, korupce rozhodčích), stejně jako jednostranná orientace na výkon, a to i za cenu poškození zdraví (zranění, doping, dlouhodobé následky jednostranné zátěže), což může ovlivnit i vztah k pohybu vůbec. Vliv komerce na sport se neustále zvyšuje a mnohdy se významné sportovní soutěže stávají spíše záležitostmi obchodu než prezentováním výsledků tréninkového úsilí. Vynikající sportovci si sportem zajišťují výjimečné životní podmínky a stávají se tak vzorem úspěšných jedinců. Výkon se stal zbožím, se kterým lze velmi dobře obchodovat a stává se tak z hlediska komerce jediným kritériem sportovní aktivity, ekonomicky a sociálně oceněným. Ne každý sportovec a ne vždy je schopen těchto požadavků mluvit proloženou cestou. Dochází ke stimulaci výkonnosti užíváním různých podpůrných prostředků, které umožní i těm, kteří jsou limitováni svými schopnostmi, překročit svůj strop a vstoupit do světa vrcholných výkonů, soutěží a tím i do finančně lukrativního světa sportovního businessu (Slepička, 2009). Užívání různých dopingových látek se promítá bohužel i do dětského a mládežnického sportu. Mládež jakožto nejvíce viditelná část populace napodobuje své idoly a snadno přijímá myšlenky a normy. Proto je zde zcela nezastupitelná role rodičů, učitelů a trenérů při formování postojů sportující mládeže k dopingům a jeho užívání. Vliv nejbližšího okolí je rozhodující s ohledem na skutečnost, že sportovní prostředí je klimatem extrémního tlaku na výkon a úspěch. S neúspěchem přichází negativní odezva z okolí, při jejím opakování dochází k frustraci jedince, narušení představitelů o vlastních schopnostech a odtud je jen krůček k hledání „alternativních“ řešení (Slepička, 2009).

Na povaze preferovaných pohybových aktivit stejně jako na celkovém vztahu k nim se významně podílí věk. V raném období dominuje přirozená potřeba být aktivní, radost z pohybu samotného, z příjemných pocitů navozených změnami tělesné pozice (například na houpačce, kolotoči, klouzačce apod.). Jak dít sociálně vyžívá, připojuje se k těmto prožitkům radost ze hry i raná soutěživost (dítě například „závodí“ s rodiči). Přibližně ve věku nástupu do školy je již dítě schopno chápat pravidla hry a má se tedy v novatě různých sportovních disciplínách. Dalším motorem motivace se stává soutěživost a úspěšnost v daném sportu. V pozdějším věku dochází k reálnému přehodnocení sportovních ambicí. Ti, kteří zjistí, že se výkonnostně neprosadí, se sportem bohužel často končí. V období puberty dochází k výrazným změnám jak po tělesné, tak po duševní stránce. Ty se vzájemně ovlivňují a odrážejí se ve změnách motivací k pohybovým aktivitám. Velkou roli v tomto věku hraje tělesné sebepojetí. Projevuje se v těsném zaměřením pozornosti na vlastní tělo. U chlapců dochází především k růstu a rozvoji svalů, což zvyšuje jejich společenskou prestiž. Proto začínají vyhledávat pohyb se zaměřením na zlepšení tělesného vzhledu v podobě posilování různých kondičních aktivit. U dívek se zvýrazní ženské rysy. Jelikož sociokulturní stereotypy kladou větší důraz na ženskou krásu, než na mužskou a vzhledem k souasnému ideálu krásy, dochází u dívek v tomto věku k prvním problémům s postavou a snahami o redukci tělesné hmotnosti, které se projevují i v povaze pohybových aktivit. Tyto motivy pokračují i v adolescentním věku. Celkově však s přibývajícím věkem pohybových aktivit ubývá. Zatímco šestileté děti mají v průměru něco mezi 4-6 hodinami pohybu týdně, ve třinácti je to už jen něco přes dvě hodiny (Doubava, 2002). Dívčím jsou změnami zájmy, nedostatek času, nevyhovující prostředí, později i změnami životního stylu spojený se sedavým zaměstnáním.

Pohybové aktivity v dospělosti motivuje potřeba maximální výkonnosti v zaměstnání, spojená s dobrou kondicí. Postupem věku se začínají objevovat i první zdravotní problémy,

pohybové aktivity se proto často orientují na kompenzaci sedavého zaměstnání, na prevenci zdravotních rizik (jogging) i na nápravu již vzniklých potíží (bolesti zad apod.).

Je zcela zřejmé, že v každém životním období motivuje jedince něco jiného. Základní, pirozená potřeba pohybu je však společná všem v různých kategoriích, postupem vku se ale spíše stává méně uvdomovanou. Svoboda a Hošek (1992) k tomu poznamenávají: *„Dnes stojíme před skutečností, že ke komplexnímu pohledu na lovka nás nutí spíše kritická ekologická situace než niterné potřeby jednotytla a duše. B háme proto, abychom unikli infarktu, a teprve ex post zjišťujeme, jaké pozitivní vlivy to přináší pro naši psychiku.“*

3.4 Pohybové aktivity v žebříku lidských hodnot

Pohybová aktivita jako zcela nezbytná komponenta kvalitního rozvoje života jedince, je i přes veškerá doporučení odborníků čím dál více vytlačována z každodenního života. Pohybové aktivity napomáhají v boji proti somato-mentální disharmonii, a to především u mladé generace. Mezi nejčastěji uváděné důvody pro nemožnost pohybových a sportovních aktivit patří nedostatek času, nedostatek finančních prostředků a zdravotní problémy.

Vztah mezi pohybem i sportem a společenskými hodnotami je v přímé závislosti, nebo společenské hodnoty ovlivňují druhy provozovaných aktivit, způsob jejich organizace a motivaci k účasti, ve smyslu posilování určitých hodnot. Ve sportu, jakožto významné a neoddiskutovatelné komponentě nadřazeného pojmu pohybové aktivity, lze společenské hodnoty a normy vidět a poznávat daleko hlouběji než kdekoli jinde. Prostřednictvím systému obecně chápaných a přijímaných hodnot sport podporuje vývoj a posílení identity a tím i společenskou integraci (Ferrer-Caja, Weiss, 2000).

Jako hodnota je chápáno přesvědčení, kognitivní struktury, které se vzájemně ovlivňují. Deklarují žádoucí cíle a odrážejí se v jednání, které tyto cíle podporuje. Hodnoty přesahují jednotlivé akce a situace a to je odlišuje od užších konceptů, kam patří postoje, které v tšinou reflektují konkrétní akci, cíl nebo situaci. Hodnoty jsou v hodnotovém systému uspořádána dle vzájemné důležitosti, čímž vytváří systém hodnotových priorit. Na základě znalosti struktury hodnotového systému a priorit lze charakterizovat různé jedince i kultury (Schwarz, 1992).

Kavalí (2007) provedl evaluaci hodnotových preferencí středoskolské mládeže, cílem jeho výzkumu bylo potvrdit pozici hodnot spojených se sportovními aktivitami v hodnotovém systému mládeže a analyzovat postavení těchto hodnot z hlediska hodnotových preferencí. Soubor respondentů byl posuzován dle kritérií participace na sportovních aktivitách (soutěžní sportující, rekreační sportující a příležitostní sportující a dle pohlaví a hodnoceny byly hodnoty „možnost sportovat“, „fyzická kondice“ a „fyzická atraktivita“. Výsledkem jeho zkoumání bylo, že respondenti participující na soutěžní úrovni popisovali hodnotám zdaleka v tší důležitost, než respondenti vnující se sportovním aktivitám na rekreační i příležitostné úrovni. Hodnota „možnost sportovat“ představuje pro soutěžní sportující prostředek k demonstrování úspěchu, zatímco pro respondenty z oblasti rekreačního a příležitostného sportování je motivacím cílem spíše prožitek sociálních vztahů a vazeb. Doposud zde byla pohybová aktivita zmiňována ve veskrze pozitivním náhledu, tedy s výtem všech kladných aspektů a atributů, které pohyb přináší. Pozitivní vliv pohybové aktivity na zdraví a optimální rozvoj jedince je, s ohledem na množství empirických důkazů, všeobecně přijímaný (Málek, Radvanský, 2011). Obdobně vysoké je povdomí laické i odborné ve ejnosti o negativních důsledcích spojených s pohybovou inaktivitou. Skutečností, jak jednoznačně je vymezen vzájemný vztah mezi pohybem a zdravím

se poněkud vytrácí ze zetele hlubší, diferencovanější a přesnější pohled na potenciální přínosy a rizika pohybové aktivity. Přehlíží se specifické úinky pohybové aktivity na zdraví dětí a mládeže, zejména s ohledem na její objem, intenzitu, zaměření, nároky na pohybový aparát a vývojové období jedince. čím dál zetelejší se promítají negativní jevy především v kontextu celé společnosti, a to zejména tendence transformovat především žádoucí, eticky, výchovně i zdravotně významný cíl do prostědek uspokojujících osobní profit a zisk. Z aktivit především cílících na podporu zdraví a rozvoj osobnostního potenciálu se stává prostědek k naplnění výkonových, ekonomických, i statusových ambicí rodičů, trenérů a sportovních manažerů (Šafář, 2012). Sigmund a Sigmundová (2011) se shodují na poznatku, že v dětském věku neexistuje závažné riziko přetížení spontánní pohybovou aktivitou, neboť ta je plně sycena vnitřní motivací a radostí z pohybu. Dítě je tedy schopno tuto aktivitu regulovat tak, aby nedocházelo k přetížení organismu. Opačná situace nastává, je-li přirozená autoregulační úloha pohybové aktivity narušena podněty a pobídkami z vnějšího prostředí (vrstevníci, rodiče, trenéři). Za rizikovou formu pohybové aktivity lze považovat takovou podobu, která nevychází z vnitřní motivace dítěte, není sycena spontaneitou a radostným prožitkem, cíleně jednostranně a dlouhodobě se zaměřuje na rozvoj specifických schopností a dovedností a souasně výrazně překračuje doporučené hodnoty objemu a intenzity pohybové aktivity pro danou věkovou skupinu.

Základní přínosy vedoucí k přetěžování dětského organismu jsou velmi pravděpodobně kombinací faktorů souvisejících s nárůstem společenské hodnoty sebeprosazení, úspěchu, vítězství a popularity a v neposlední řadě prestiže a finančního zisku, které významně ovlivňují poínání rodičů a trenérů. Důsledkem mj. bývá především sportovní specializace⁸, která u všech problémů spojených s pohybovou aktivitou tvoří společný rizikový faktor (Šafář, 2012).

⁸ Stav kdy u jedince především podněty puberty je sportovní trénink a soutěžení zaměřeno jen na jeden sport s cílem co nejrychleji dosáhnout vrcholové úrovně výkonnosti (Capranica, Millard – Stanford, 2011).

4 POHYBOVÁ TERAPIE V LÉČBĚ DUŠEVNÍCH PORUCH

Pohybová cvičení jako součást léčby duševně nemocných provází celý historický vývoj medicíny. Již v antickém Řecku Ikkus a Herodotus (5.st.př.n.l.) ordinovali medicínskou gymnastiku jako jeden z prostředků léčby. Hippokrates, nejvýznamnější lékař antické kultury a zakladatel vědeckého lékařství jako první tvrdil, že duševní poruchy jsou nemocemi mozku a že je třeba léčit celého nemocného, nikoli jen jeho nemoc. Jako součást léčby používal vedle somatické léčby i tělesná cvičení, parní lázně, procházky a houpání nemocného na visuté posteli, které jej uklidňovaly (Vencovský, 1996).

Ve středověku došlo k odklonu od vědeckých metod a duševně nemocní byli izolováni v ústavech, v ústraní od zdravé společnosti. Reformu psychiatrické péče a návrat k úvahám o kurativním efektu pracovní a pohybové terapie přinesl až koncem 18. století francouzský psychiatr P. Pinel, který vedle zavedení dlouhodobého šetrného režimu prosadil pracovní terapii do léčby a znovu vynesl povědomí o pohybu jakožto léčebném aspektu duševních onemocnění.

Vývoj psychiatrické teorie i praxe se zrcadlí v obecném historickém procesu vývoje společnosti. Podmínky péče o duševně choré v různých zemích se nikterak nelišily od ostatních zemí Evropy (Hátlová, Louková, Adámková, Ségard, Kirchner, 2010). Ve středověku byla péče o duševně nemocné soustředěná pod církevní instituce (klášterní nemocnice), renesance pak znamenala obnovu antické filosofie péče o ducha a s ní spojené tělocvičné snahy. Zdravotní význam her a požadavek harmonického zametávání ducha byl podstatnou myšlenkou díla *Schola Ludus* J. A. Komenského. Období Rakouska-Uherska představuje počátek novodobé péče o duševně choré, především v době vlády Josefa II, kdy jeho dvorním dekretem z roku 1783 se nařizuje zřízení oddělení pro duševně choré i v nemocnici Milosrdných bratří v Praze. V roce 1790 pak vznikl první blázinec v různých zemích, který byl určen výhradně pro neklidné pacienty. Počátek 20. st. představoval expanzi duševních poruch v důsledku industrializace a nárůstu životního tempa, stresu a vyostření sociálních podmínek. V této době se hospitalizace táhly na kolik let, často až do konce života. S ohledem na neexistenci psychofarmak byly léčebné postupy soustředěny na práci, relaxaci, procházky a pohybovou gymnastická cvičení. Česká meziválečná psychiatrie se již opírala výhradně o poznatky somatické medicíny. S ohledem na obrovský rozmach farmakoterapie je psychiatrická rehabilitace utlačena do pozadí. K rozvoji pracovní a pohybové terapie v ústavech pro choromyslné zásadně přispěl prof. Matulay, který propagoval manuální terapii, innostní terapii a spolu s nimi i terapeutické provádění léčebného tělocviku a sportu (Hátlová et al, 2010).

K ergoterapeuticky orientovaným psychiatrům se přidil MUDr. Zdeněk Bašný⁹. Na svých nemocničních primariátech organizoval tělesná cvičení s podporou aktivními nebo relaxačními úkoly. Jeho empirické zkušenosti tvořily základ pro *psychomotorické terapie*, v různých terminologicky povědomé jako *kinezioterapie*. Rozvoj psychomotoriky v péči o psychiatrické pacienty znamenal progresi vývoje psychologie sportu. Podstatou recentního pojetí pohybové terapie je využívání cílených pohybových programů. V terapii je třeba aktivního přístupu pacienta a vhodnost programu je přímo závislá na schopnosti pacienta indikovaný program uskutečnit. Terapie pracuje se všemi složkami ve smyslu bio-psycho-sociálního přístupu k léčbě,

⁹ První polistopadový editel psychiatrické léčebny Bohnice

prostřednictvím osobních prožitků z pohybu ovlivňuje psychiku, podnecuje další aktivitu pacienta nejen v péči o sebe sama, ale i v nezbytnosti sociálních interakcí s okolím, prostřednictvím potřeby komunikovat.

Jestliže chceme doporučit pohybové aktivity jako cílenou intervenci, je třeba si vyjasnit, která pohybová aktivita a s jakou intenzitou má být provozována a v kterém věku, nebo pro jaké pohlaví má být zdraví upevňovat a rozvíjet. Zajímáme-li se o to, zda-li se zlepšení má týkat jak fyzického, tak duševního zdraví. Pokud se jedná o intervenci s cílem zlepšit určitý patologický stav, musí být poznatky více specifické a je třeba je také porovnávat s účinností jiných intervencí (psychologických i farmakologických).

U zkoumání efektu pohybových aktivit jako intervence k ovlivnění duševního zdraví je často velmi obtížné dokazovat, zda jde opravdu o přímé účinky pohybových aktivit nebo o sekundární účinky v podobě lepšího sociálního prostředí, působení osobnosti trenéra/terapeuta, atd. tedy behaviorální artefakty studie (Hendl, 2007).

Bylo provedeno několik meta-analytických studií, jejichž cílem byla analýza vztahu vybraných parametrů duševního zdraví a pohybové aktivity. Účinky pohybových aktivit byly zkoumány ve spojitosti se snahou ovlivnit především hofafektivních poruch (anxieta, deprese, stresová reaktivita), psychickou pohodu a kognici.

Vliv pohybu na úzkostné stavy zkoumal Landers a Petruzello (1994), kteří prostřednictvím analýzy narativních příběhů zjistili závěrem, že provádění pohybových aktivit má vztah k redukci úzkostlivosti o velikosti malého až středního efektu při dlouhodobějším cvičení. Studie poukázala na skutečnost, že cvičení přináší lepší efekt než malé trankvilizéry, efekt cvičení ve srovnání s meditací, relaxací, odpočinkem, tenism) je srovnatelný (Petruzello et al, 1991). Pravděpodobně však dlouhodobé cvičení má větší zlepšení efektu. Poznatky, že aerobní cvičení redukuje projevy úzkosti je nutno uvažovat také v souvislosti s fyziologickými aspekty (kardiovaskulární, muskulární, redukce váhy). Landers et al (1994) ve své studii ukázal na skutečnost, že redukce úzkostných stavů se objevuje u všech typů subjektů (bez rozdílu pohlaví, věku, míry tělesné zdatnosti, mírou aktivity, mírou nemocnosti). Výsledkem studie Broocka et al (1997) bylo, že pacienti s panickou poruchou mají sice menší tělesnou zdatnost, ale nevykazují nižší intoleranci k pohybové intervenci, než kontrolní skupina. Je ale pravdou, že pacienti s panickými poruchami obecně vyhýbají cvičebním aktivitám. Redukovaná aerobní kapacita dle Broocka má také přispívat k patofyziologii panických atak a agorafobie.

Landers (1994) ve své studii prokázal, že v těších efektů se docílí u málo zdatných jedinců, vysoce úzkostných jedinců oproti zdatným jedincům a jedincům s menšími obtížemi. V těších efektů se docílí u delších programů (více než 15 týdnů), u aerobních cvičení (plavání, běh, cyklistika), oproti anaerobním aktivitám (házení, cvičení síly a pružnosti). Jako mechanismus účinku redukce úzkostných projevů uvedl oteklávání, sociální interakce, distrakce, zvyšování v domě výkonnosti nebo kardiovaskulární zdatnosti. Největší pozornost se v souvislosti s neurotransmitery věnuje endorfinům. Výsledkem dlouhodobého déletrvajícího aerobního zatížení je vyplavování množství endogenních opiátů (Hoffman, 1997), které mají vliv na zlepšení nálady.

Antidepresivní účinky cvičení byly zkoumány ve srovnání s relaxačním tréninkem nebo prováděním zábavných aktivit (North et al, 1990), kde prokázal větší účinek pohybové aktivity, ale nebylo potvrzeno, že cvičení má větší efekt než psychoterapie. Antidepresivní efekt cvičení se projevuje u mužů i u žen různého věku, kteří se jinak pohybují v pásmu normality. U klinicky depresivních pacientů se ukázal větší efekt u pacientů s většími obtížemi nebo u fyzicky méně zdatných jedinců.

Výsledky studie Blumenthala et al (1999), který randomizovaně porovnával depresivní pacienty do tří studijních ramen: pohybového programu, farmakologického programu, nebo kombinovaného, ukázaly, že po 16 týdnech se všechny skupiny zlepšily, přičemž subjekty z ramene pohybového programu a farmakologického programu měly srovnatelné výsledky. Resultátem tedy bylo, že v zásadě poslouposti tělesná inaktivita přechází do deprese, efekty cvičení a farmakoterapie jsou srovnatelné, cvičení se mají provést v těsné spolupráci s lékařem v laboratorním nebo v lékárně a efektivita snižování deprese je docílena po dobu delší než 9 týdnů.

Je též prokazné, že cvičení zlepšuje kvalitu spánku, která je u depresivních pacientů obecně signifikantně snížena. Tělesně zdatnější jedinci usínají rychleji, spí hlouběji a déle než tělesně méně zdatní jedinci.

Studie nabídl teoretické úvahy o mechanismech působení cvičení, nicméně empirický evidence zatím není dostatečná. V žádné ze studií nebylo naplněno kritérium specifity, tedy že právě cvičení snižuje jenom depresivitu. Toto je obecně velmi těžké prokázat, neboť cvičení má mnoho různých efektů (Landers, Arent, 2001; Lamm, Kennedy, 2004).

Well being, tedy pohoda se často ztotožňuje s efektem cvičení. V těsné souvislosti vykazují subjekty středního a vyššího věku, a ze cvičení profitují více ženy než muži. Autor vznesl domněnku, že vztah pohybové aktivity a pohody je dán nepřímo efekty jako oteklivost, selekce a přizpůsobení. U starších jedinců po cvičení dochází ke zlepšení nálady a redukce negativismu, dochází i ke zlepšení nálady (McDonald et al, 1991).

Ve studiích se v poslední době i velká pozornost souvislosti mezi kognicí (fungováním mozku) a tělesným cvičením. Cvičení zejména zvyšuje průtok krve v mozku, zvyšuje sekreci dopaminu a norepinefrinu. Největší meta-analytická studie (Etner et al, 1997) zohlednila více než stovku studií a analyzovala především reakční dobu, paměť a logické myšlení. Odhalila malý, byť statisticky významný efekt cvičení na kognitivní funkce. V těsné souvislosti vyazuje cvičení dlouhodobé a kvalitně prováděné.

U dětí byl prokázán pozitivní vztah mezi pohybovou aktivitou a kognitivním vývojem, především pro první a druhý stupeň školní docházky. Toto zjištění korelovalo i se školními výsledky, a proto je prosazování hodin tělesné výchovy do vyučování objektivním a podpůrným argumentem.

Hátlová (2002) zmiňuje pohybové programy jako metodologický prostředek, kterým je možno záměrně ovlivňovat psychiku nemocného a jeho sociální začlenění. Odlišnost od jiných činností lze spatřovat jeho prostředcích a zaměření. Vedle vlastní pohybové aktivity dochází k vytváření terapeutického vztahu, prostřednictvím u něj napodobou a podněcování emocí dochází k detekovatelným změnám v duševním rozpoložení a psychické kondici nemocného. Pohybová aktivita cíleně působí na psychiku nemocného, zmírňuje, odstraňuje i ovlivňuje psychosomatické obtíže ev. jejich příčiny a v neposlední řadě působí na změny chování a prožívání nemocného prostřednictvím získávání nového náhledu na vlastní onemocnění.

4.1 Psychomotorická cvičení v prevenci a v léčbě závislých na návykových látkách

Podle studie ESPAD podíl šestnáctiletých studentů, kteří uvádí, že se ve volném čase vnují aktivnímu sportu je relativně stabilní (ESPAD, 2015). Preventivní programy na školách vycházejí především z cílené edukace žáků a studentů a smysluplného naplnění volného času.

Kompenzace nedostatku pohybu a prevence ady onemocní jsou důležitým ochranným faktorem¹⁰ před vznikem lékových závislostí. Přiměřené a vhodné cvičební programy jsou významné při léčbě pohybových onemocnění (Nešpor, 2005). Například dlouhé a nesprávné sezení vede k chronickým bolestem zad a může velmi rychle přispět k poškození zneužívání léků proti bolestem (opioidní analgetika). Léková závislost má dlouhodobý latentní charakter. Bývá také společností spíše tolerována, na rozdíl od alkoholové a drogové závislosti a bohužel také často bagatelizována. Míra rizik spojená s odvykáním od lékové závislosti je stejně závažná jako proces odvykání na alkoholu s ohledem na výrazně komplikované somatické odvykávací stavy. Dalším ochranným faktorem je vhodná společnost. Vliv malé sociální skupiny vrstevníků nebo lidí v podobné situaci na chování ve vztahu k alkoholu nebo drogám se výrazně uplatňuje již v raném dospívání. Sportovní kluby a spolky mající jasně deklarovaná pravidla ve vztahu k návykovým látkám jsou v preventivním působení významnou komponentou. Relaxační techniky a již samostatně i v kombinaci se sportovní činností významně mírní úzkosti a deprese, napomáhá překonávat stavy vyčerpání, kdy by bylo jinak nasadit sáhnout po stimulantech a mírnit stres (prevence proti užívání například opioidů).

Hátlová (2002) zdůrazňuje specifickou povahu kinezioterapeutických programů pro podporu léčby závislosti, způsob a metoda terapie musí být volena s ohledem na osobnost pacienta, jeho aktuální psychosomatický stav, dosavadní průběh léčby a individuální schopnosti akceptace jednotlivých terapií. Základem je vést pacienta k sebekonfrontaci a kognitivnímu přehodnocení prostřednictvím uvědomování a sebereflexe. Proces náhledu na onemocnění a schopnost připustit si závažnosti problému má poměrně komplikovaný charakter, v počátcích léčby pacient/klient¹¹ prochází v těmto i menším obdobím vzporu, kdy je spíše obtížné klienta přimět ke spolupráci. Jedinec se ocitá ve stádiu ambivalence, kdy stále ještě zvažuje zisky z léčby a ztráty z neužívání. Důležitá je se tomu tak hlavně u klientů, kteří do léčby nenastupují zcela z vlastního přesvědčení, jsou donuceni okolnostmi, okolím, i se jedná o soudně nařízenou léčbu. I když v kontextu motivačního kola zmíněný dle Prochasky a DiClementa¹² došli do stádia akce – tedy rozhodnutí k léčbě, vnitřní prožívaný konflikt přetrvává ještě nějaký čas. V tomto rozpoložení je obzvláště důležité pracovat s podporou a oceněním, nebo motivace a přesvědčení jsou stále ještě dosti křehké.

Zásady pro provádění kinezioterapie dle Hátlové (2002) jsou:

- a) vyjádření pozitivního vztahu;
- b) podpora sebevědomí závislého;
- c) získání zájmu závislého o terapii;
- d) možnosti zdůraznění rozporu mezi aktuálním chováním závislého a jeho představy;
- e) nepřipustění sporu se závislým.

¹⁰ Míra ochranných faktorů jedince, tzv. *resilience* napomáhá zvyšovat psychickou odolnost jedince, potencuje houževnatost navzdory biologickým, psychickým a psychosociálním vývojovým rizikům. V minulosti byla označována jako osobnostní rys, dnes se chápe jako dynamický proces.

¹¹ v psychiatrických nemocnicích v rezidenčních programech se spíše používá pojmu pacient, v procesu mimoústavní léčby je spíše využíván termín klient. S ohledem na cílovou skupinu rekrutující se z terapeutické komunity, kde se užívá pojmu klient, se tohoto pojmu bude držet i autorka v kontextu celé práce.

¹² Stádia motivace – model pět stadií, kterými jedinec prochází při zahájení a udržování změny.

A nijak signifikantně se neliší od zásad vedení motivčních rozhovorů (Miller&Rollnick, 2002), tedy

- vyjádření empatie – zná í schopnost dát najevo, že klientovi rozumíme a akceptujeme ho, aniž bychom museli se vším, co říká souhlasit – ambivalenci přijímáme jako normální.
- vytváření rozporu – terapeut pracuje se zesilováním rozporu, který klient pociťuje mezi svým chováním a osobními cíli (nebo představami o sobě)
- vyhýbání se sporům – spory jsou zdrojem klientova odporu, je dobré se jim vyhnout
- práce ("tanec") s odporem – snížení klientova odporu je nejdůležitější funkcí motivčních intervencí. Odpor má že vzniknout například na základě nucené léčby nebo pod dojmem předchozích zkušeností s terapií. Namísto konfrontace se využívá dovedností konstruktivního rozhovoru – kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, podpora sebedůvěry, parafrázování toho, co bylo řečeno, potvrzení, rekapitulace a přeinterpretování. Odpor má i pozitivní stránku v podobě energie, je efektivnější ho prozkoumat, než s ním jít do konfrontace.
- podpora sebedůvěry – vždy je důležité v novat hodnou pozornosti drobným krokům a detailům (význam drobných dovedností), ze kterých se skládá výsledek a podporovat (oceňovat) je.

Jak vidno, společným jmenovatelem je dosahování změn ve směřování bezpečnějšího, úspěšnějšího a zdravějšího životního stylu. V kontaktu s klientem je třeba odhalit vše, co ve svém životě považuje za problém a na základě toho si společně stanovit cíle. Ty se mohou týkat dosahování změn v oblasti například právní celkového zdraví (tělesného i mentálního). Motivací tréningů úzce souvisí s orientací na řešení problému. Hledání cílů a označování problému by měl určívat klient, přičemž terapeut (konzultant) by měl usnadňovat a podporovat proces změny, případně její udržení.

Cíle jsou vyjádřeny v kontraktu mezi terapeutem a klientem. Mají být především realistické (dosažitelné) a klient s nimi musí souhlasit. Stejně jako motivční rozhovor má svoje pravidla a strategii, měl by se terapeut v kinezioterapii určitou strategií řídit i při vytváření cílů, ke kterým klienta motivuje. Cíle akce by měly být určité, jasné a konkrétní, měly by být měřitelné. Na základě domluvy (kontraktu) mezi klientem a terapeutem a s přihlédnutím ke schopnostem klienta je žádoucí určit metody a cíle, kterých je žádoucí v jednotlivých fázích léčby dosáhnout.

4.1.1 Organizace psychomotorického/kinezioterapeutického programu v léčbě závislosti

Hátlová (2003) navrhuje rozdělení programu dle jednotlivých stádií léčby do tří následných fází, které se liší zaměřením užívaných aktivit.

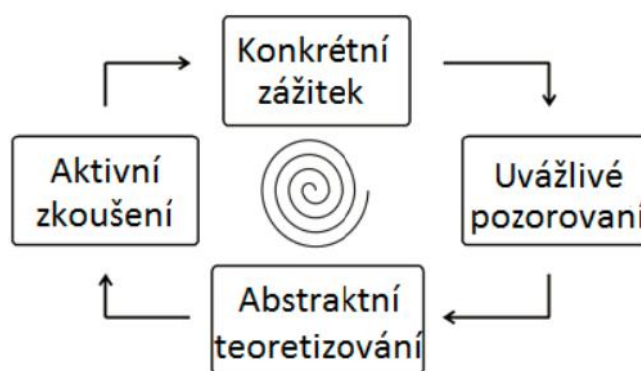
- 1.fáze – základy mezi druhým a čtvrtým týdnem léčby, klade důraz především na zapojení relaxačních cvičení, jógy, nekontaktních cvičení a taneční terapie;
- 2.fáze – zaměřením na autoregulaci prostřednictvím tréninku koncentrace, autogenního tréninku a progresivní relaxaci. Zaměřuje se na zvýšení sebedůvěry, kooperaci s ostatními a začlenění iniciativních problémových her za účelem pozitivních intenzivních prožitků, kterých lze navodit bez užívání psychoaktivních látek. Motivace neobvyklými i mimořádnými prožitky;

- 3.fáze – konečná fáze léčby, nácvik sebekontroly, sebeprosazování, sociálních dovedností, týmové spolupráce.

4.1.2 Terapie zážitkem a Kolb v cyklus učení

Hojně využívanou metodou terapie v léčbě závislostních poruch je učení prostřednictvím zážitku. Často aplikovaný model učení, na který se praxe odkazuje je *Kolb v zkušenostní model*¹³, schématicky znázorněný na obrázku 1 a to především díky svému důrazu na zážitek a jeho dalšího sdílení, jakožto způsobu učení. Sám autor upesňuje, že model není cyklický, ale má charakter spirály. Prvotně byl tento model koncipován pro klasické *outdoor* aktivity a osobnostní sociální rozvoj (Broklová, 2008).

Obr. 2: Kolb v cyklus učení (upraveno, Seidlerová, 2006)



V 70. letech Kolb definoval způsob učení jako vývojový proces, v němž nabyté znalosti jsou získávány prostřednictvím zkušeností. Základním vstupním prvkem je aktivita/innost, která umožňuje získat zážitek, a novou zkušenost. Nabytá zkušenost je prostřednictvím reflexe/zvnitřňování, při níž si aktéři připomenou průběh a podstatné okamžiky. Paralelní úrovní způsobu vazby je generalizace (zobecnění) řešení problémových situací. Za předpokladu, že se tyto situace nepodaří vyřešit, je třeba se zaměřit na důvody, proč se tomu tak událo a hledat změny směřující k budoucímu zdaru. Závěrečná fáze je fokusem na promítnutí získané zkušenosti do běžného života, komparaci obdobných situací a hledání zobecnitelného návodu pro jejich budoucí řešení.

Proces učení má čtyři elementární autonomní složky (komplexity) (Kolb, 1984)

- emocionální (afektivní);
- symbolická (kognitivní procesy);
- behaviorální;
- percepční.

U afektivní complexity je výsledkem zvyšování citovosti, u symbolické complexity dochází k abstraktní konceptualizaci k cílování práce s pojmy. Behaviorální komplexita je v průběhu aktivního experimentování výsledkem zlepšení v oblasti konání/innosti. Percepční komplexita umocňuje v reflektujícím pozorování vlastní schopnost pozorování.

¹³ Někdy je také nazýván čtyřstupňovým modelem

V praktickém přiblížení terapeutický přínos zážitkového vzdělávání spoívá v hlubším spojení člověka s přírodou, ve schopnosti týmové spolupráce, v rozvoji kontroly učení a naučení se zodpovědnosti za vlastní jednání, ve zvyšování procesu sebevědomí, radosti a potěšení (Addiction Recovery Guide, 2011).

Dle Rataje (Rataj in Nevšímal, 2007) přínosem zážitkových terapií v terapeutických komunitách je následující (shrnuje v bodech):

- **Vystavení jedince psychické a fyzické zátěži.** Klienti mohou zjistit, jaké jsou jejich hranice, pokoušejí se vyrovnat s nepohodou, únavou, vyerpáním, nejistotou. Klienti se v těchto situacích konfrontují sami se sebou. Po akci se cítí plní sil, mají větší sebevědomí, lepší fyzickou kondici, navíc se mohou inspirovat i do budoucna tím, jak lze trávit volný čas;
- **Spojení zážitku a motivace.** Zážitek z překonání sebe samého má pozitivní vliv na sebevědomí klientů, jsou schopni být samostatní, nezávislí, umí si dobře rozvrhnout síly. Zážitek z přírody a kultury vyvolává zájem klientů o své okolí, najednou vidí pestrobarevnost světa, který je obklopuje. Dobrodružství probouzí v klientech zvědavost a motivaci k dalšímu překonávání a poznávání sama sebe;
- **Vliv skupinové dynamiky.** Vypjaté situace na zážitkové akci nabízejí klientům konfrontaci s jejich schopnostmi solidarity, spolupráce, zodpovědnosti. V přírodě jsou si najednou lidé bližší, mizí mezigenerační hranice, také vztahy mezi klienty a terapeuty jsou neformálnější a klienti často zjistí, že terapeuti jsou taky jen lidé, kteří mají své limity;
- **Mezilidské interakce.** Vztahy mezi nimi jsou jasnější, všichni jsou v tísni na dně svých fyzických a psychických sil, a tak už nemají sílu se přetvářet a hrát si na něco, stávají se sami sebou, a tak se mohou i lépe poznat. Podmínky, ve kterých se klienti pohybují (nejasnost terénu, nepředvídatelnost počasí, minimální soukromí, únava) jsou ideálním místem pro odhození všech masek a lepšího poznání sebe sama i ostatních;
- **Výchova a poznání.** Náplní programu na zážitkových akcích je poznávání nových míst, jiných kultur, poznávání sebe i druhých, ale také učení se novým věcem – jak se šetrně chovat k přírodě, neplýtvat jídlem a vodou, postavit si stan, aj. Tohle všechno má donutit klienty zamyslet se nad konzumním způsobem života, který by nás vedl, a taky nad vztahem člověka a přírody.

4.2 Psychomotorická terapie v léčbě duálních diagnóz

O duální diagnóze mluvíme při souhrnu poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy (Kalina, Minařík 2015). Předpokladem přijetí takto definovaného pojmu je skutečnost, že užívání návykových látek a zejména závislost je akceptována také jako duševní porucha, nikoli jen sociální problém nebo morální selhání (NIDA, 2010). Škodlivé užívání jedné návykové látky a závislost na jiné návykové látce však nelze považovat za duální diagnózu.

Závažným problémem je diagnostická hranice mezi duální diagnózou a psychopatologickou komplikací abúzu i závislosti, nebo tyto komplikace mohou napodobovat téměř jakoukoli psychickou poruchu a často vyžadují psychofarmakologickou intervenci. Pokud pacient abstinguje, psychopatologické komplikace vymizí spontánně nebo s krátkodobou psychofarmakologickou podporou. Pro úspěšné provedení diagnostiky a následné stanovení odpovídajícího a realistického plánu lze stanovit několik základních zásad (Miovská, Miovský, Kalina, 2008)

- 1) možnost vyšetření pacienta po určité době prokazatelné abstinence (jako minimum se uvádí 4-6 týdnů);
- 2) individuální a rodinná anamnéza;
- 3) seznámení se s patientskou dokumentací a fungující komunikace s jinými odbornými pracovišti;
- 4) psychologické vyšetření zaměřené na osobnosti i výkonové schopnosti pacienta;
- 5) zajištění standardního toxikologického, biochemického a celkového tělesného vyšetření pacienta;
- 6) spolupráce a ochota pacienta.

Diagnostický profil pacientů s poruchami z užívání návykových látek vykazuje dosti široké spektrum psychiatrických komorbidit. Nejvíce se projevují poruchy osobnosti a úzkostné a depresivní poruchy, poruchy příjmu potravy a různé psychotické poruchy.

Etiologie psychopatologických komorbidit představuje v základu tři skupiny:

- 1) Skupina jedinců s preexistující psychickou poruchou. Duševní obtíže v tomto případě mohou vést k rozvoji užívání, pokud vede k dočasné úlevě. Závislost se rozvíjí plíživ s ohledem na sebededikaci (sebeléčení) stavu prostřednictvím návykové látky;
- 2) Jedinci dlouhodobě a intenzivně užívatelé návykové látky, které potencují vznik psychické poruchy. Ta se může rozvíjet jako následek dlouhodobého užívání, i jako vliv nepříznivých okolností spojených s nadužíváním;
- 3) Duševní onemocnění a závislost je jednou společnou příčinou (poruchy osobnosti, stresové poruchy), která mohla vzniknout v důsledku psychické traumatizace v dětství.

Komplikace přítomnosti psychopatologické komorbidity přispívá ke kinezioterapeutickým aktivitám pochopitelně znesnadňuje. Schizofrenní, případně schizoafektivní poruchy vedou k signifikantnímu snížení kapacity pozornosti (bezprostřední, automatické i volně udržované). Platí také, že jedinci s těmito poruchami vykazují nižší míru fyzické aktivity, pravděpodobně i v důsledku psychofarmakologické medikace. Dlouhodobě snížená fyzická aktivita může vést ke zhoršení koordinacích schopností a exekutivních funkcí. Hátlová (1998) uvádí několik hlavních zásad v provádění kinezioterapie u lidí s schizofrenními onemocněními:

- Výkony požadované na pacientovi nesmí přesahovat jeho schopnosti a musí být přiměřené úrovně lékaře a terapeuta;
- Cvičební program má být adekvátně obtížný a pochopitelný, s ohledem na stav pacienta;
- Jednoduchá cvičení se stabilními formami, které mohou být po předchozím oznámení postupně obměňovány;
- Následnost cviků má být dopředu oznamována, obměny mají být postupné a v malém rozsahu;
- Intenzita má mít variabilní formy, má být přizpůsobená pro každého pacienta a má zaujmout;
- Intenzita má být prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je nemocný schopen;
- Důležitá je důvěra mezi pacientem a terapeutem. Pacient nesmí vnímat terapeutovu blízkost jako ohrožující;
- Pohybová intenzita musí být pravidelná a dlouhodobá (min 12 týdnů);
- Terapie musí probíhat v důvěrně známém prostředí, které pacienta neohrožuje;
- Léčebný pohybový program by neměl být spojován se vztahem k terapeutovi.

Z těchto zásad se, u klientů s duálními diagnózami, vychází i při sestavování pohybových programů v terapeutických komunitách. Je třeba podotknout, že klinický obraz schizofrenního onemocnění má velmi rozlišený charakter, u duálních diagnóz léčených v terapeutických komunitách je předpoklad plně kompenzovaného psychického stavu a mírnou přítomností psychotických příznaků. Rozhodně se nejedná o pacienty v akutní fázi onemocnění, v případě by v TK nejde o léčebnou modalitu řízenou lékařem, ale pod dohledem lékaře (lékař není v komunitě přítomen neustále). Klienti s psychotickým onemocněním, kteří nejsou schopni adaptace na komunitní prostředí, případně vykazující příznaky akutního charakteru jsou rehospitalizováni v psychiatrických nemocnicích do stavu stabilizace. Zbytkové příznaky toxické psychózy (senzitivní vztahovost, podezřívavost, zvýšená afektivní dráždivost, emocionalita) přetrvávají často několik měsíců, nejsou překážkou pobytu v terapeutické komunitě a tudíž ani úasti psychomotorických aktivitách. Zmíněná rezidua mají do značné míry vliv na pozornost a koncentraci jedince a je třeba s tímto v tvorbě a koncepci pohybových programů počítat, nebývají ovšem limitující, spíše než se zbytkovými příznaky je třeba intenzivně pracovat s motivací, stimulací a osobnostní stránkou jedince. Z hlediska adherence ke cvičebním programům, komunitní klienti vnímají pohybovou terapii (a již dynamického i relaxačního pojetí) jako formu skupinové psychoterapie, přistupují k ní ke stejné léčebným záležitostem, je proto třeba pracovat s dynamikou a skupinovými dynamikami, rozšiřování sociálního prostoru stejně k ostatním klientům, nikoli jen k terapeutovi. Tak jako u psychoterapeutických skupin je u psychomotorických terapií třeba přesně vymezovat začátek a konec cvičební lekce, i přes veškeré zaujetí cvičenců lekce nepřetahovat a vymezit přesnou délku a frekvenci trvání.

4.3 Vztah terapie pohybem k jiným (psycho)terapeutickým směrům

Pohybová cvičení neboli kinezioterapie využívá prostředky aktivního provádění pohybu nepracovní povahy (Hátllová, 2002). Jedná se tedy o aktivní direktivní¹⁴ přístup, který pod vedením zkušeného terapeuta využívá proces učení, podněcování emocí a manipulaci s následky. Není tedy procesuálně nepodobná kognitivní behaviorální terapii (KBT). Kognitivní psychologie vnáší do teorie lidského chování pojem „kognice“, soustavy myšlenkových procesů jakožto určitých filtrů, které zpracovávají informace z prostředí. KBT tudíž usilují především o přestavbu kognitivních procesů a o změnu chování prostřednictvím poznávacích funkcí. Více než behaviorální terapeuti vnučí terapeuti z okruhu KBT pozornost terapeutickému vztahu – uznává se nejen důležitost pracovní aliance mezi terapeutem a klientem, ale i potřeba určitého přístupu ze strany terapeuta (empatické, autentické, motivující chování). Klíčové pojmy KBT jsou *sebeřízení* a *zvládání* (*copying*).

KBT se soustřeďuje na učení novým strategiím a dovednostem, jak zacházet s problémovými vzorci chování a poznávání. V oblasti užívání návykových látek má KBT pomoci klientům identifikovat vzorce spojené s opakovaným užíváním a zavést nové strategie, jak se vyhnout situacím, které užívání přecházejí, nebo jak tyto situace lépe zvládat. Protože KBT se účinně aplikuje i u jiných psychických poruch, například u depresí, *představuje užitečnou možnost integrované léčby u duálních diagnóz*.

Vymětal (2004) rozlišuje ještě tři pojetí KBT – první je forma behaviorální terapie vedoucí v patrnosti intrapsychické procesy – myšlení a postoje, které mohou vést k žádoucí změně chování.

¹⁴ Ve smyslu přímého frontálního využití a nácviku.

Druhé pojetí je kognitivní, jehož cílem je dosahování žádoucích změn v myšlení a k tomu využívá experimentování s chováním. Těto pojetí vymezuje KBT jako přístup, který má ve srovnání s individuálními směry – behaviorálním a kognitivním své zcela specifické rysy. KBT se zaměřuje na rychlou a snadno pozorovatelnou změnu. Na počátku terapie se stanoví cíle, které prostřednictvím uvědomování si dysfunkčního jednání a patologického způsobu myšlení vedou k nácviku nových, nepatologických vzorců chování a tím i k soběstačnosti jedince.

Další ze směrů, které stojí za zmínku a kde lze nalézt společné jmenovatele s terapií pohybem je konstruktivistická a „na problém zaměřená“ terapie. Společný vodítko pro terapeutické volby dle Waltera a Pelleri (1992) jsou:

- 1) Když to funguje, neměj to a rozhodni se dlelat víc;
- 2) Když to funguje špatně, rozhodni se na tom dále stavět;
- 3) Rozhodni se, že ke každé akci budeš přistupovat jako k poslednímu. Změna začíná dnes, ne pět týdnů.

Samozřejmě v širším psychoterapeutickém kontextu nelze nezmínit vliv *adleriánské*¹⁵ individuální psychoterapie na kinezioterapeutickou práci s jedincem, Ellisovy¹⁶ racionálně emotivní terapie a v neposlední řadě rogersovské psychoterapie cílené orientované na klienta/pacienta.

Pro sestavení a pochopení motivací faktorů v organizaci, jejíž typem je i autorkou v práci diskutovaná terapeutická komunita, se využívá Maslowovy¹⁷ teorie potřeb, viz obrázek 2. Podle ní tvoří lidské potřeby hierarchickou strukturu – pyramidu, která má základy postavené na potřebách D (D-Deficiency Needs) a chce dosáhnout potřeb B (B-Being Values) s tím, že každý člověk přirozeně nejprve odstraní nedostatky v D-potřebách, aby mohl dosahovat svého potenciálu v oblasti B-potřeb.

¹⁵ A. Adler (1870-1937) ve své individuální psychologii představuje jako hlavní téma životní styl a jeho analýzu. Jedinec je charakterizován a determinován svým cílem nebo úkolem (který ovšem zdaleka nemusí být v domě a v domě zámýšlený). Adlerova individuální psychologie osobnosti je označována jako teleologická, veškeré lidské chování je úkolem – orientované na individuální cíl. Smyslu lidského chování můžeme porozumět jen na základě pochopení jeho cíle.

¹⁶ A. Ellis (1913-2007) se v REPT zaměřuje na vlastní zkušenost člověka. Opírá se o poznatek, že obsahy v domě, chování a prožívání podléhají našemu poznání a zvláště myšlenkovému zpracování zkušeností. Navozením změn v kognitivní oblasti se docílí proměny i v chování a prožívání (Vymětal, 2010)

¹⁷ A. H. Maslow – americký psycholog a její definici vycházel z předpokladu, že výkon pracovníka lze zvyšovat až k přirozeným lidským hranicím, pokud budou uspokojovány nejen materiální, ale i sociální potřeby, tj. seberealizace, sebeaktualizace, sebeuskutečnění a sounáležitosti (Maslow, 2014).

Obr. 3: Maslowova pyramida lidských potřeb (Maslow, 2014)



Velmi zajímavou terapeutickou školou je Pesso Boyden psychomotorická terapie (Pesso Boyden System Psychomotor Therapy), která byla vyvinuta poátkem šedesátých let ve Spojených státech Albertem Pessem a Dianou Boyden – Pesso. Při jejich práci s profesionálními tanečníky (oba auto i byli též profesionálními tanečníky) se jasně ukázalo, že neschopnost předvést určité výrazové pohyby má často vztah k potlačeným emocím. Terapeutická cvičení, která vyvinuli za účelem zvládnout tyto emoce a následně možnosti s nimi zacházet, se stala podkladem na této založené formy psychoterapie. Metoda byla dále rozvíjena během léty psychiatrických pacientů v McLeanově nemocnici a ve Vládní nemocnici pro veterány v Bostonu. Po získání patnáctileté zkušenosti s terapeutickými skupinami pro klienty i s workshopy pro terapeuty se od roku 1977 Albert Pesso zaměřil na výcvik psychoterapeutů ve Spojených státech i v Evropě (Boyden, Pesso, Vrtbovská, 2009). V roce 1993, 1995 a 1998 byly nabídnuty první kurzy v "Na této založené psychoterapii podle Pessa" jako specializace v psychoterapii. Do České republiky se dostala v 90. letech díky úsilí Y. Lucké a M. Van ury, v roce 1998 vznikla česká asociace Pesso Boyden Psychomotorické terapie ve spolupráci s obanským sdružením Remedium Praha. PBSP si v posledních letech nachází i cestu v terapii závislých, byť zatím velmi nesmle a prozatím spíše formou individuálních terapií.

5 LÉBA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

Podle Kaliny je terapeutická komunita¹⁸ strukturované zařízení, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení/rehabilitace (Kalina, 2008). Terapeutická komunita nabízí bezpečný prostor pro růst a zrání, dávající se především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Stálé napětí mezi realitou a terapií, v každodenním soužití na jedné straně a podporovaným monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé představuje terapeutický potenciál terapeutické komunity. Struktura a hierarchie a vymezující normy chování mají klienta naučit vnitřní kázi a novým sociálním dovednostem. V neposlední řadě je cílem terapeutické komunity znovunalezení a přijetí smyslu života. Opodstatnění vlastní existence by mělo klienta dovést k sebeakceptaci a k poznání, že jeho život je nezanedbatelný pro prospěch společnosti. Dlouhodobá abstinence a sebekáze vede klienta k nacházení vlastní důstojnosti, svobody, ale také zodpovědnosti. Mnoho klientů v době užívání postrádalo umění trávit volný čas a uvědomní si plasticity života ve společnosti, který přináší radost sobě i druhým. Klienta, který udělal a nadále dělá maximum pro svůj osobnostní rozvoj a sebepoznání, jde neustále vpřed a usiluje o změnu v podobě vedení kvalitního života lze označit jako úspěšného v komunitní léčbě.

Ústřední tezí terapeutických komunit pro drogově závislé je, že *závislý člověk je emocionálně nezralý a musí dospět*. Pevné ukotvení terapeutického vývoje v bezpečném a upevňujícím prostředí (Kalina, 2013) je nezbytným prediktorem úspěchu léčebného procesu. S ohledem na skutečnost, že tlak na opuštění nezralého chování ve smyslu „tady a teď“ je pro mnoho klientů velmi složitě přijímaný, terapeutická komunita využívá nejen kolik nástrojů prolomení obran a postojů, prostředků emočního otevření, konfrontačních přístupů, učení nápodobou a sebeučením ve smyslu principu „act as if...“¹⁹.

Je třeba mít na paměti, že u žádné jiné skupiny klientů nedochází k tak markantní změně mezi životem před a po léčbě. Z tohoto důvodu je třeba dlouhodobého pobytu pro plné uplatnění terapeutického potenciálu komunity. Stejně tak je třeba vnímat skutečnost, že léčebný proces neeší vše „jednou provždy“, po odchodu z terapeutické komunity zbývá klientovi často mnoho nedořešených psychologických a vztahových problémů, kvůli nimž mohou vyhledat dříve i později další odborné psychoterapeutické i psychiatrické služby. V neposlední řadě proces životní změny klade velkou nárokovost na přístup a individuální morální vklad klienta, ne každému se v prvním přiblížení podaří se s touto změnou vypořádat, proto odchody, návraty a opakované pobyty nebývají nijak neobvyklé (Kalina, 2014).

5.1 Terapeutické komunity v České republice

Terapeutické komunity České republiky sdružuje Sekce terapeutických komunit Asociace nestátních organizací. Většina komunit je certifikována Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a registrována jako sociální služba. Některé jsou součástí zdravotnického zařízení. V současné době funguje v České republice 15 terapeutických komunit. Vedle psychiatrických

¹⁸ Oficiálního uznání jako legitimní léčebné modality pro uživatele návykových látek se TK dostalo v roce 2005 po schválení zákona č. 357/05 Sb. o ochraně před škodami způsobenými alkoholem, tabákovými výrobky a dalšími návykovými látkami. V něm jsou TK poprvé v historii definovány jako služba zdravotní péče.

¹⁹ „Jednej jako by“ např. jednej jako bys byl člověkem, kterým chceš být, ne kterým si byl dosud. (Koyman, 1993)
K nápodobě a nácviku tohoto konání mohou pomoci vzory v léčbě již pokročilejších klientů, případně terapeutů.

lé eben, které nabízejí uživatelům návykových látek možnost léby, nabízejí podobné služby v méně formalizované a v poněkud pestřejší a strukturovanější formě.

V České republice začaly být terapeutické komunity budovány později společenského řádu po roce 1990 (Nevšímal, 2004). Nejčastěji jsou umístěny v menších obcích, daleko od měst, kde je možné si snadno obstarat drogy. Programy léby a resocializace rovně projde více než 500 uživatelů drog, z nichž významná část se ke svému předšlému životnímu stylu spojenému s problémovým užíváním drog již nevrací (Radimecký, 2006). Nejmarkantnějšími rozdíly mezi psychiatrickou nemocnicí kde se uživatelé návykových látek rovně snaží naučit žít bez škodlivého užívání v domovních látek a terapeutickou komunitou jsou tyto:

- personál v terapeutické komunitě nenosí bílé pláště;
- pobyt v komunitě trvá od 6 do zhruba 12 měsíců (liší se v jednotlivých zařízeních);
- klienti se v terapeutické komunitě aktivně podílejí na zajištění chodu domu (od úklidu, péče o vaření, praní, žehlení, přípravu programu, hlasování o něm apod.);
- klienti v terapeutické komunitě rozhodují o postupu jiných residentů do dalších fází léby spolu s personálem;
- programy terapeutických komunit kladou na klienty velké nároky po fyzické i psychické stránce (pracovní terapie, skupinová a individuální terapie, zájmové aktivity, zájmové aktivity apod.);
- komunity sestávají zpravidla ze skupin do 15 klientů, snahou je, aby prostředí a skupina co nejvíce připomínaly vztah „rodinu“, kde si lidé – klienti i personál – navzájem věnují, pomáhají si a podporují se;
- personál si s klienty zpravidla tyká (pokud s tím klienti souhlasí).

5.2 Význam strukturování lébného pobytu

Strukturování pobytu do stupňů/fází je založeno na postupu terapeutické komunity k dané cílové skupině klientů se specifickými osobnostními problémy. Význam strukturování lze spatřovat v následujícím:

- 1) Fáze změny a nácviku nového chování je třeba implementovat v praxi v etapách a zvládnutelných dávkách. Dlouhodobé cíle jsou zahrnovány do kratších časových úseků, v nichž klient či klientka zvládne bez problémů porozumět. Dle De Leona se jedná o klíčové problémy závislých klientů (uzavírání a plnění závazků, stanovení osobních a společenských cílů a dokončení započatých úkolů s odkládáním sebeuspokojení (De Leon, 2000);
- 2) Stanovení jasných a konkrétních kritérií dosahování jednotlivých cílů v terminologii očekávaných postojů a chování. Dosažení cílů určité fáze je znakem pokroku klienta v lébě;
- 3) Přítomnost nástrojů pro hodnocení a nastavení zrcadla klientovi ve smyslu sebehodnocení, sebehodnocení stavu, kde se klient nachází ve struktuře pobytu a jak se vyrovnává s jejími požadavky. Tato sebereflexe je osvětlením sobě i druhým, kde se klient tímto nachází a jak a na čem pracuje ve svém osobním rozvoji.

Fáze léby jsou návodem pro změnu, průvodcem a indikátorem změny, nejsou však mechanismem, který změnu automaticky produkuje (Kalina, 2013). Volba praxi má zásadní roli v procesu změny vyžaduje velké terapeutické umění a spolupráci celé komunity. Ani skutečnost

individuálních rozdíl mezi klienty není důvodem pro speciální strategie, neboť by generovaly výjimky nebo mimořádnou pozornost na úkor ostatních. Spíše než velikost změny napomáhá sledování dané skutečnosti změny a ochoty jednotlivce k procesu změny pokračovat zohledňuje tak vlastní individualitu jednotlivého klienta.

5.3 Terapeutická komunita ve funkci náhradní rodiny

Na korektivní rekapitulaci primární rodiny jakožto jeden z účinných faktorů skupinové psychoterapie v podání Yalomova, tzn. přítomnosti bezpečného prostředí, přijetí, péče, pocitu sounáležitosti a podpory je třeba pohlížet jako na jeden ze základních předpokladů fungování klienta v terapeutickém procesu (Yalom, 2007). Ztracená či neexistující rodina klienta je suplována jeho členstvím v terapeutické komunitě, ve smyslu důsledků z rodinného soužití vyplývajících. Přímá doslovnost má však své hranice a rizika. Vymezení vztahu klient a terapeut ve smyslu důvěry a rodinné limituje roli jednotlivce i celého společenství. Též autoritativní vyzdvihování atributů otcovského principu ve smyslu morálky, spravedlnosti, práva, zákona a struktury nese riziko znehodnocení tohoto principu, ve smyslu degenerace společenství. Nebo čím více pravidel určité komunita má, tím menší je v ní prostor pro sociální učení (Kalina, 2013). Autonomii jednotlivce a jeho prospěch má zajistit jen fungující společenství. Tak jako v biologických rodinách zde má být docházeno k napětí, avšak jeho úspěšné zvládnutí vede k následné úspěšné integraci klienta do společnosti.

5.4 Terapeutická komunita jako hnací motor osobnostního růstu

Tak jako při sociálním učení v prostředí běžného života, komunitní život otevírá od jedince rozvoj a pevné ukotvení mechanismů a hodnot potřebných pro normální fungování ve společnosti. Jedná se především o *převzetí zodpovědnosti za vlastní chování* – a to ve smyslu Yalomova procesu interpersonálního učení ve skupinové terapii, pomáhání druhým ve smyslu účinných faktorů skupinové terapie dle Kratochvíla (Kratochvíl, 2005), obdobně faktor altruismu (Yalom, 2007). Mnoho klientů trápí pocity méně cennosti a tím, že pomáhají druhým, se jejich sebepojetí má zlepšit. Nízké sebehodnocení obecně patří k osobnostním charakteristikám v těsné blízkosti klienta, prostředí komunity skýtá mnoho možností, kterak prostřednictvím angažovanosti, kreativity a pomoci druhým postupně dospět k postupnému *zvyšování sebeúcty* (Koyman, 1993). Díky postupným změnám v hodnotovém žebříku prostřednictvím uplatňovaných norem a morálních hodnot, získaných v terapeutické komunitě dochází k jejich zvnitnění, pokud je klient dokáže nadále účinně aplikovat do životního procesu, má se jeho život stát bohatším a svobodnějším (Kratochvíl, 1979).

Terapeutická komunita prostřednictvím krizových momentů nabízí klientovi možnost změny v učení a již konfrontací i naopak pocitem sounáležitosti. *Konfrontace* často vede k porozumění vlastního chování a ruší dojem, že problém jednotlivce je jedinečný. Toto povdomí podporuje rozvoj důvěry a sebejistoty (Koyman, 1993). Zpětná vazba, verbalizace jako součást zvládnutí a zpracování emocí a korektivní emocionální zkušenost vedou k lepšímu porozumění okolí v rámci jedinci a objektivnímu přijetí vlastních slabostí a chyb.

Dynamika procesů v terapeutické komunitě vede k rozvinutí pozitivních prvků chování, ve smyslu konfrontace těchto negativních u okolích, poskytování a přijímání kritiky a z toho plynoucí faktor *pozitivního tlaku vrstevníků*. Kritika jako projevené zprostředkování emocí i naopak vlastní potlačené emoce, často spojené s traumatizujícími zážitky v minulosti a jejich svobodné projevení v terapeutické situaci vede k *uvolnění porozumění a vyjádření vlastních emocí*. Emocní uvolnění, katarze, sebeodhalení i sebeprojevení jsou pak prostřednictvím objevení a vyjádření těchto faktorů bývá pro klienty zcela novým a objevným zážitkem.

Transformace negativních postojů k životu v postoje pozitivní vychází z negativního sebepojetí a negativních postojů vytvářených v raném dětství, kdy jim zřejmě pomáhaly přežít, ale v dospělosti bývají velkým handicapem. Pro překonávání tohoto patologického sebepojetí se často využívá principu „do sebe i“ (Kalina, 2013).

Život v terapeutické komunitě dává návod jak zlepšit *vztahy s plovodní rodinou*. V některých terapeutických komunitách je práce s rodinou přímo součástí léčby, nebo se jedná o symbolickou, nepřímou práci v psychoterapeutické skupině²⁰. Zlepšení stavu s plovodní rodinou lze pokládat za rozvoj adaptivní spirály, která se rozvíjí z terapeutické situace do interpersonálních a sociálních vztahů klienta v jeho přirozeném prostředí (Koyman, 1993).

5.5 Psychomotorické formy terapie v komunitní léčbě

Pohybové formy terapie probíhající ve výzkumné terapeutické komunitě lze v základu rozdělit na pravidelné a nepřítomné a výkonové a relaxační. Mezi pravidelné aktivity patří každodenní rozcviky, které probíhají šest dní v týdnu, jen v neděli mají klienti bez ranního cvičení.

Rozcvik trvá 20 min a sestává se z kondičního běhu, streinku aktivního charakteru, protahovacích mobilizačních cviků, jejichž cílem je opravit kloubní systém na záty, především pak koenné klouby (kyelní a ramenní) a segmenty páteře. Aplikací plynulých komíhavých a krouživých pohybů dochází v kloubech k vyplavení synoviální tekutiny, k prohnutí a uvolnění kloubních struktur. Mobilizační cviky oslovují souasně více svalových jednotek a napomáhají tak upravit tonus partnerských svalů. Plynulé pozvolné pohyby napomáhají nastavit proprioceptivní ití na vyšší úroveň, proto jsou krouživé pohyby zpočátku pozvolné a až postupně se zrychlují.

Při provádění lokálních a celostních pohybů ve variabilní dynamice se zapojuje postupně do pohybu více tělesných segmentů dle řízené rytmizace, která se mění (cvičení na požitání). Tím se reguluje intenzita cvičení a stimulují se rytmické schopnosti. Součástí tohoto bloku jsou různé druhy klonů, hmitů a rytmizované pohyby spojené s pemitněním celého těla v prostoru (od izolovaných pohybů k celostním) (Křištofi, 2013).

Poslední část rozcviků je vnována tzv. mentální rozcvik. Úelem je formou koordinátního pohybů (např. odlišná innost levé a pravé končetiny) navodit stav mysli, při kterém se pozornost cvičence odpoutá od problémů, které si přinesli z vnějšku a zamí se na splnění koordinátního pohybového úkolu, budou se více soustředit na vnímání svého těla a programu hodiny. Stačí jeden cvik tohoto charakteru. Cviky tohoto charakteru je nutné obmňovat, protože neustálým opakováním téhož psycho-relaxační efekt zaniká.

Další pravidelnou aktivitou je každotýdenní **sportovní odpoledne**, které je vnováno kolektivním indoorovým i outdoorovým sportem. Převládají míčové hry (volejbal, fotbal,

²⁰ Využívá například techniky psychodramatu.

nohejbal, softball). Sportovní kolektiv má vliv na formování osobnosti, vzájemné vztahy a na sportovní výkony. I když se jedná o formu rekreačního sportování, kde standardně sociální skupiny vznikají často jako skupiny přátel, vrstevníků, nebo známých (např. skupiny vznikají při sportovních hrách, turistice, fitness aktivitách, apod.), je skupina sportovců rekrutovaná z terapeutické komunity, stejně jako sportovní kolektivy v oblasti výkonnostního a vrcholového sportu, formální skupinou. Utváří se za konkrétním účelem, v tomto případě léčebno – terapeuticko – rehabilitačním, a její cíl spočívá v dosahování maximálního možného terapeutického potenciálu. Dosažení co nejlepšího výkonu je v tomto případě až druhotným záměrem. V procesu vzájemného působení vzniká množství vazeb, jistě uspořádání vztahů a interakcí, které se nazývá struktura skupiny. Pod strukturou skupiny rozumíme soustavu sociálních interakcí a vzájemných vztahů členů skupiny.

Pro výkon v týmu sehrávají rozhodující úlohu následující faktory:

- Soudržnost týmu – týmový duch;
- Motivace jednotlivých hráčů;
- Skupinová atmosféra – způsob a metody komunikace v družstvu;
- Skupinová morálka – disciplína a spolupráce.

Klienti mají v rámci svých dobrovolných „sebekultivujících“ aktivit možnost **individuálních cvičebních slotů** v úseku mezi osobním volným časem a večerem, které mohou trávit v domácí posilovně, či joggingem v blízkém okolí. U rekreačních sportovců a osob, kteří dříve pravidelně nesportovali, je žádoucí v léčebném pohybu pokračovat nebo s ním začít. Hátlová (2002) pro fázi po stabilizaci psychosomatického stavu zmíní u pohybového programu umožňující cílené ovlivnění sebe sama, nácvik senzitivity, v domé somatopsychické regulace a sebekontroly. U mužů doporučí aerobní sportovní disciplíny (běh) a posilování, pro ženy cvičení aerobního charakteru jako je basic aerobic, cvičení s hudbou, běh. Zátěž je dávkována a kontrolována sportovním terapeutem. Cvičením lze také nastartovat pohybové stereotypy, pokud byly v důsledku závislostního chování utlumeny.

Zásady správného pohybu (SZÚ, 1998)

- Vhodný je lehký aerobní trénink, nebo kruhové cvičení pod vedením zkušeného terapeuta;
- Zvyšování zátěže a intenzity musí být postupné;
- Vždy je třeba brát ohled na kondici a aktuální zdravotní stav;
- Je nezbytné dodržovat přestávky mezi cvičením, organismus potřebuje čas na regeneraci;
- Při pocitu únavy trénink přerušit;
- Necvičit v nepřeháté místnosti;
- Po tréninku relaxovat a protáhnout unavené svaly.

Tyto individuální pohybové aktivity jsou probírány na společných skupinových sezeních, klienti se své aktivity sami hodnotí a jsou poté komunitou honorováni plusovými body, které jsou po vzoru klasického skálovského bodování formou operantního podmiňování behaviorální terapie.

K relaxačním aktivitám patří **skupinové relaxace** (2x týdně 20ti minutové skupinové sloty) vedené formou *Jacobsenovy progresivní relaxace*²¹. Jedná se o techniku, která k dosažení celkového tělesného a duševního uvolnění využívá stídatvého napínání a uvolňování hybného svalstva. Jednotlivé hlavní svalové skupiny se postupně procvičují postupně, při tom se cvičenec snaží

²¹ E. Jacobsen (1948): Progressive muscle relaxation

rozlišovat stavy napětí a uvolnění ve svalech a pak ve stále kratší době si v domě navodit hluboké svalové uvolnění v jednotlivých oblastech těla a v celém těle zároveň.

Osvojení celého postupu tak, aby jej cvičící zvládnul procházet a provádět i sám „z paměti“, urychlí cvičení s odborníkem, který mu postupně pokyny v patřném tempu udává. Tempo i konkrétní znění pokynů si pak sám přizpůsobuje (obmáhá, doplňuje, rozvádí, ilustruje například irovnáními atp.) dle individuální potřeby. Instruktorem i společným nácvikem, a pak i kontrolních setkáních v průběhu jeho již samostatného nácviku podle situace a podle jeho nově nabývaných zkušeností objasňuje, popíše a opravuje a radí, co je zapotřebí. Při cvičení je podstatné správné, tj. uvolněné a samovolně probíhající, dýchání. Vhodnější je dýchat nosem a navyknout si dýchání celými plícemi, kdy dochází k pohybu celého hrudníku a břišního. Dech je třeba nechávat proudit úplně volně a klidně. (Volné dýchání v klidu má rytmus 12 – 15 vdechů za minutu, tedy jeden vdech s výdechem trvá přibližně 4 – 5 vteřin. Již samo takové správné dýchání přináší příjemný odpočinek a dopomáhá k harmonizaci organismu.)

Napínání svalů se provádí rovnoměrně a klidně, nikoli příliš usilovně i kdyby. Doporučuje se přibližně pětileté napětí, stačí deset až patnáctileté inovým uvolněním. Délku těchto fází si cvičenec přizpůsobuje individuálně tak, aby mu to vyhovovalo. Je možno začít třeba dvou- až tříleté inovým napětím, s vkládanými patnáctileté inovými intervaly uvolnění, a postupně fází napětí o něco prodloužit. Při napínání jednotlivých svalových skupin zpočátku dochází souasně s tím i k napínání v jiných částech svalstva. Dovednost rozlišovat, jak kterou oblast napínat a ponechávat uvolněnou, člověk získá postupně právě praktickým procvičováním svalstva a jeho vnímání. Počáteční nedokonalost v rozlišování a v provádění určených cviků proto není nezdarem, ale jen přelivností k trvalému procvičování.

O víkendech, kdy mají klienti vždy polovinu dne osobního volna (v sobotu odpoledne od 13 do 18h a v neděli od 10 do 16h) komunita hlasuje o možných **výletních aktivitách**. V jarních až podzimních měsících hojně provozují cyklistické výlety, v létě využívají blízkého rybníka k plaveckým aktivitám. Klienti velmi oceňují i možnost osvojit si a zdokonalovat elementární základy horolezení, tyto aktivity jsou v našem letních měsících velmi oblíbené. Dále jsou využívány prvky her v přírodě, strategických a problémových her, které podporují sebevědomí a vztahy v druhé, obsahující riziko a nezbytnost vzájemné spolupráce. Bez přehodnocení rizika pomocí vzájemné spolupráce nelze daný úkol splnit a dále postupovat v programu. Nárůst těchto programů s délkou pobytu klientů v komunitě vzrůstá, navazuje se na předchozí zkušenost. Uvědomují si možnosti prožít něco pozitivního, intenzivního bez účinku psychoaktivních látek, utvrzování se ve vlastních schopnostech a schopnostech sebekontroly a seberegulace je vedle upevnění vztahů, v domě akceptovanosti a důležitosti pro druhé nejvyšší terapeutickou hodnotou těchto aktivit.

Dvakrát v roce (v květnu a v listopadu) celá komunita odjíždí na výjezdní zážitekový týden mimo objekt terapeutické komunity. Na jaře má tato aktivita charakter cyklistického výjezdu, na podzim se jedná o turistický výšlap. Tyto aktivity jsou primárně vykoupením z komfortní zóny – tedy oblastí, kde se jedinec cítí pohodlně a bezpečně (Svatoš, 2005). Patří sem stavy, které člověku nečiní obtíže a nepředstavují riziko. V případě, že je ambice zažít něco nového a neznámého, je třeba z komfortní zóny vykročit a vstoupit do tzv. zóny úně. Ti jedinci nabízejí nové situace a stavy, na které dosud neměli možnost reagovat, a tudíž na ně ani reagovat neumí. Právě tyto nové situace mohou být impulsem k dalšímu osobnostnímu rozvoji. Prvky neznámého s sebou přináší výzvu, která dále ovlivňuje naše další chování.

Obr. 4: Zóny komfortu u ení a úzkosti (Málková, 2014)



Pokud výzvovou situaci zvládneme, přichází r st spojený s velmi příjemnými pocity a podporou sebe v ry. Skutečnost, že uspějeme v situaci, které jsme se obávali, nebo jsme nevůli, zda jsme schopni ji zvládnout, je silnou motivací pro budoucí jednání a další u ení (Svatoš, 2005). Podstatné je naučit se efektivně odhadnout míru výzvy, abych adept neelil výzvy, která je již daleko za hranicí zóny u ení a nachází se za hranicí osobních možností, což přináší značná rizika, nejen v oblasti fyzického, ale i duševního zdraví.

Rizika spojená s tímto aktivitami jsou vedle zvýšené fyzické zátěže a možného rizika úrazu. To je způsobeno s dosud nezvanými vzorci bezpečných pravidel, tedy fenomén typický u dlouhodobých uživatelů psychoaktivních látek ve zvýšené míře hazardovat a pohybovat se na hranici únosného rizika. V tomto okamžiku vedle výchovně-terapeutického působení instruktor/terapeut často zafunguje i skupinová dynamika a služební starší členové komunity usměrní mladší.

Dalším rizikem je skutečnost, že každá outdoorová zátěžová aktivita neosloví všechny účastníky, jak již bylo uvedeno v předchozím textu, skupina terapeutické komunity není skupinou dobrovolnou, ale formální – tudíž ne ve všech okolnostech se všechny aktivity dají se 100% nadšením celého osazenstva. Zde se aktivně uplatňuje skupinová koheze a interpersonální motivační vliv. Výjezdní zátěžové aktivity jsou nicméně klienty spíše přijímány, nebo představují vykoření ze stereotypu komunitního života.

V případě zásadního porušení komunitních pravidel (tzv. kardinálních pravidel) akce předsedá končí a klienti se hromadně vrací zpět do objektu terapeutické komunity.

Organizace těchto výjezdních zátěžových akcí je plně svépomocná, klade velký důraz na organizační schopnosti terapeutického týmu a vdcovský potenciál – platí doporučení hojně používané v psychoterapii nebo rodinné terapii, tedy „nemusíš tomu věřit, ale zkus to...“

5.6 Apolinářská léčba a Skála v přístupu k pohybové terapii

Pohybové aktivity – tělovýchova a sport zaujaly své pravidelné místo v apolinářském modelu léčby závislostí. Pravidelné každodenní rozcviky se objevily v programu od roku 1948 (Skála, Malá, 1989). Pacienti měli na starost tzv. tělocviky, ke kterému Skála chodil za války na cvičení. Vedle rozcviků přibývaly i další aktivity, jako sportovní odpoledne, turistické (výhradně nekouřící) pochody, cvičení tělocvičny, volejbal. Fotbal byl v Apolinářce na programu jen krátkou dobu. Skála (1989) uvádí, že od něj brzy upustili, nebo docházelo k etným zraněním.

Pacienti šli do fotbalových utkání po dlouhodobé tělesné neinnosti, často plni agrese „a tak jednohodinový pobyt na hřišti měl za následek i těžraně“. Zato se velmi osvědčil nohejbal.

Pacienti u Apolináře sportovali v průměru týdne více, než tomu bylo třeba na školách. Vznikaly tedy výchovné koutky i v budovách léčebny: zde byly ribstole, lavice iinky, tedy základní potřeby pro posilování.

V roce 1965 začali u Apolináře holdovat joggingu. Koncem 70. let apolinářský pacient nabíhal během svého 13. týdenního pobytu kolem 100 km(!). Z Apolináře odcházel s kondicí uměle zabíhat 4-5 km souvislého běhu v lenitém terénu apolinářské zahrady (Skála, Maová, 1989). Byly doby, kdy údajně nadlžkem každého pacienta visela tabulka se záznamy o jeho tělesné zdatnosti a jejich změnách v průměru pobytu. Byly zde zaznamenány průměry Cooperova 12ti minutového testu. Dále probíhal víceboj tzv. „bustfit“ s disciplínami jako sed-leh, dřepy, skok do dálky z místa, apod. Pokroky pacient nebyly nikterak pronikavé, ale o to příjemnější pociťované jako zlepšení nejen tělesné, ale i duševní kondice. V principu nešlo o soupeření pacientů mezi sebou, ale překonání sebe sama. Mnozí pacienti pocítili brzy návrat tělesné a duševní innosti v takové intenzitě, že často bývali překvapeni sami sebou a nakonec sami získali přesvědčení, že v těchto pohybových aktivitách nic není (Skála, 1989).

Skála ve svých zápiscích dále uvádí, že v poslední době letů břežské exploze u Apolináře zde leccos přehnali. Skála sám pravidelně běhal a účastnil se akcí jako Velká Kunratická, Běh chovců pod. To už mu bylo přes 50 let. Jak sám Skála uvádí, „výkony nebyly nikterak oslnivé, byly však příkladem pro mnohé pacienty, se kterými nakonec běhali společně i zdravotníci – muži i ženy.

Součástí apolinářské léčby byly i pobyty v přírodě v Dobronicích. Tam na louce na břehu Lužnice rozvíjela končila v roce. Kondiční běh byl na programu každý den. Za 12 dní pobytu pacienti nabíhali okolo 42 km, používali zde termínu „frakcionovaný maraton“ (Skála, Maová, 1989).

Běhat začali i členové klubu KLUS²² a vytvořili tzv. KOS – tedy Klusácký oddíl sv. žesti. Jeho členové už tedy nejen abstinovali, ale začali dle systematické práce pro své tělo. Koncem 60. let přibezalkoholových silvestrovských zábavách KLUSu o přelomu končili tzv. apolinářským *Sao Paulo*. Trať měla necelé 2 km, běželo se na trati ozážené smolnými pochodnemi.

V průměru cízelování a zdokonalování sportovních a pohybových aktivit vzniklo v Apolináře i břežské desatero, které osvědčovalo, jak může být psychická kondice léčiva. Platilo samozřejmě nejen pro pacienty závislé na alkoholu a jiných návykových látkách, ale i pro ostatní zdravé jedince, kteří „běhali uvnitř domova a uměli z tělesného pohybu získávat potřebné zdroje pro svou vlastní psychickou odolnost, zvýšení její kondice a nakonec pro rozvoj celé osobnosti“ (Skála, 1989). Ten kdo běhá, urazí nejen nějaký ten kilometr, ale lépe poznává své tělo, prožívá si své tělesné pocity, uvažuje – reflektuje své tělo ve své psychice, prožívá radu pocít a sám sebe obohacuje (Skála, Maová, 1989).

²² Klub přátel abstinence u Skály

Skálovo desatero lovků při joggingu

lovků při joggingu:

- 1) Musí se spolehnout sám na sebe;
- 2) V akci se u něj poznávat, kolik je v něm ještě síla a přesvědčuje se o aktuální omezenosti této síly;
- 3) Sám a v domění, že vytvářet model krize, tedy okolnost selhávání a vzdání se, či rezignace;
- 4) Uvědomí si, že ve chvílích krize je velmi důležitý sám, ne-li vždycky;
- 5) Podlehne-li krizi, nemá to tragické důsledky, protože ono podlehnutí má být motivací a popudem, aby příliš nepodlehli;
- 6) Překonává a překoná-li krizi, získává vysoce posilující, protože gratifikující a euforizující prožitky;
- 7) Vzniku této krize má být předcházet a u něj se jí předcházet vlastní aktivitou, tj. přípravou a tréninkem;
- 8) U něj se schopnosti oddálit a odložit puzeň k rezignaci, u něj se nevyhovět impulsu, tj. vzepít se mu;
- 9) Pracuje v situacích náročných a nepřijemných, tj. frustrujících, aby dosáhl opaku, tj. gratifikace: to vše si znovu a znovu uvědomuje;
- 10) Hromadí zkušenosti, které vedou ke zvýšení sebevědomí a sebeúcty.

Je-li zdraví moudrostí plná, pak jogging – buď pro zdraví a pro radost je cestou k této moudrosti.

5.7 Intenzivní léčebné pobyty v přírodě (ILLP) a Skálova obhajoba běhu

Tradice ILLP vznikla v roce 1962 v Dobronicích, jednalo se o 14denní pobyty v přírodě, nejčastěji pod stanem a později v chatkách. V Dobronicích probíhal apolináský program, tj. režim a systém. Osazenstvo se tradičně sestávalo z poloviny právnických pacientů a poloviny již alespoň tři roky abstinentů absolventů Apolináře. Dopoledne probíhala práce na úpravě a zlepšení státní Dobronice²³, odpoledne byly skupiny a pohybové aktivity. Den začínal ranní rozvírkou se vstupem do lesa a končil ve večerní jazz gymnastikou, veškerého programu se účastnili nejen pacienti, ale i terapeuti. V rámci sportovních odpolední se hrával nohejbal, volejbal, pořádaly se i turistické výšlapy a vyjíždělo se na cyklovýlety. Díky blízkosti lesa se pořádaly i plavecké závody a později se jezdilo i na ložkách. V rámci nejvyššího rozmachu se v Dobronicích objevovalo až 70 účastníků, jezdili sem nejen pacienti od Apolináře, ale i z jiných léčeben a ordinací AT. Do Dobronic byl často poslán ten, kdo si opravdu přál poznat podstatu apolináské léčby se všemi jejími nároky.

V důsledku Dobronické pobyty dnes nápadně připomínají zážitkové i zážitkové výjezdní programy léčebných zařízení a terapeutických komunit.

Skála tvrdil, že i pomalé běhání je lepší, vhodnější a přirozenější formou cvičení než tradiční prvky rekreačního cvičení a jiného sportovního využití volného času. V důsledku toho,

²³ Dnes Výcvikové státní UK

že se obhobový systém dostává do zvýšeného tempa, které nutně musí ovlivnit stav organismu, neboť nelze dosáhnout obecným gymnastickým cvičením i samotným pohybem v sauně je to vystavováno dědické námaze. Při běhu si člověk dávákuje námahu sám, dle své vlastní potřeby a situace. Reguluje si tempo, vzdálenost, jak mu to vyhovuje. Velmi podstatná je pravidelnost. Vedle péče o tělo Skála zdrazuje i psychickou komponentu, tedy uvolnění při běhu, odstranění napětí, stresu, špatné nálady. Běhání pro radost je nesmírně prospěšné pro dlouhodobou psychickou vyrovnanost.

Skála též hojně šel, zda-li je lepší běhat sám i ve skupině. U Apolináře dospěl k názoru, že ideální je běhat v partě, třeba dvojicenné, tak jak se chodí třeba na procházky. „*Lidé mohou klusat a nakonec, budou-li trochu vytrénovaní, mohou spolu i hovořit. Není nikde řešení, že by h musel být v nějakém maximálním tempu, naopak*“ (Voral, 1989). Při vytváření dvojic a part musí být velká opatrnost, aby si ukázný pár šel do ista nezkazil radost z běhání. Radost by měla zůstat trochu individuální, i samotná živost hraje někdy roli, ale nemělo by jí být mnoho (Skála, 1989).

Skála (1989) téma obhajoby běhu uzavírá myšlenkou na nabádání k běhu od samotných lékařů. Kdyby vznikly malé skupinky lidí, kteří cítí potřebu běhat, ti by byli především prohlédnuti lékařem, aby měli jistotu, že jsou bezpečně zátěž schopní a mohli by s lékařem i pod jejich příčným dohledem. Oni by tuto aktivitu mohli „nakopnout“ vlastní samotní lékaři, kteří by mohli pro své vlastní zdraví, jejich příklad by mohl strhnout, protože lékař má v těchto věcech autoritu, ne-li jednu z nejvyšších.

EXPERIMENTÁLNÍ ÁST

6 CÍL VÝZKUMU, FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Výzkum je koncipován jako evaluace zdravotního stavu (psychického/fyzického) dlouhodobých uživatelů návykových látek na základě dlouhodobé úasti v režimových sportovních programech a pohybových aktivitách v terapeutické komunitě (TK). Cílem výzkumu je prokázat možnou souvislost mezi pohybovou terapií a tělesnou (fyzickou i psychickou) rekonvalescencí. Použitými metodami byly semistrukturovaný rozhovor (struktura rozhovoru byla vymezena následujícími tematickými celky),

- 1) vztah k pohybu a sportu před užíváním NL (ev. před jeho užíváním);
- 2) vliv užívání NL na zdravotní stav (psychický i fyzický);
- 3) dopad psychiatrických komorbidit na vztah k pohybovým aktivitám;
- 4) pohyb a sport v abstinenci – aktivity v TK jako odrazový zrcadlo k uzdravení ;
- 5) pohyb a sport jako lék na *craving*;
- 6) skupina jako hnací motor k lepším výsledkům, změna motivace vlivem dynamického působení skupiny;
- 7) soutěživost ve skupině – další zúčastněné pozorování (ohnisková skupina – snaha o pokrytí výše zmíněných témat ze strukturovaného rozhovoru s popisem skupinových atributů: koheze, tenze a konfrontace ve skupině), kresba životní/situace křivky, validizovaný dotazník MAP (Maudsley Addiction Profile), práce s textovými dokumenty (zdravotnickou dokumentací).

Na základě před jeho prvních dvou rozhovorů došlo k mírné úpravě a dodání tematických segmentů do struktury rozhovoru, neboť se v před jeho jejich analýzy vynořila nová témata a oblasti:

- Co respondent na pohybových programech v komunitě oceňuje?
- Co respondent na pohybových programech v komunitě vnímá negativně?
- Kdyby měl respondent možnost, jak by pohybové aktivity upravit/a, aby je hodnotil/a lépe?

Záměrem rigorózní práce je popsat individuální případy proměny fyzického zdravotního stavu (kondice) u dlouhodobých uživatelů návykových látek léčených v terapeutické komunitě. Prostřednictvím šesti klientských příběhů a ohniskové skupiny autorka zkoumala proces fyzické i psychické rekonvalescence s odkazem na pohybové a sportovní aktivity probíhající v před jeho léčbě. Kvalitativní výzkum vlivu psychomotorické terapie na proces zotavování po dlouhodobém užívání návykových látek má být ambicióznější nalézání efektivnějších a užitečnějších způsobů terapie pohybem i s ohledem na rozdílné spektrum fyzických možností jednotlivých členů komunity a využívání týmového ducha a skupinové dynamiky.

Pro dosažení cíle formulují následující výzkumné otázky:

- 1) Jak ovlivňuje pohybová terapie v TK fyzickou a psychickou kondici?
- 2) Lze kvalitativně /semi-kvantitativně postihnout proces zlepšování zdravotní (psychické i fyzické) kondice v době abstinence v TK?
- 3) Jakým způsobem ovlivňuje skupina jednotlivce při pohybové terapii?

6.1 Případová studie jako metoda kvalitativního výzkumu

Případová studie je jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního postupu. Centrem pozornosti je případ. Fenomén, který se objevuje v určité vymezené hranici a v daném kontextu definují Miles a Huberman (1994) jako případ. Analýza jednotlivých případů v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu se může postupovat k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Jejich prostřednictvím tak skýtá možnost lépe porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem (Mayring, 1990). Strategie případové studie se jeví jako vhodná tehdy, když zájem je pokládat výzkumné otázky typu *jak a proč* a současně existuje možnost jen malé kontroly nad zkoumanými procesy a událostmi (Yin, 1989). Pokud je zkoumaný problém aktuální a v reálném životním kontextu je žádoucí využívat více zdrojů dat, tím spíše, pokud hranice mezi případem a kontextem nejsou příliš jasné. V případě diplomové práce autorka zvolila sérii jednopřípadových studií (klinických kazuistik). Kazuistika představuje podrobnou studii jedné osoby, ve které se autor zaměřuje na různé oblasti jejího života a snaží se sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech (Hendl, 1999). Ponoření se do hloubky jednoho fenoménu autorovi umožňuje dle kladné porozumění zkoumaného. Případová studie není jen nástrojem pro rozšiřování teoretického zájmu etných disciplín, ale dokáže především posloužit jako nástroj edukace praktických dovedností pro studenty i zkušené praktiky daného oboru.

Výchozím požadavkem strategie případové studie je jasně formulovaný výzkumný problém a cíl výzkumu a od toho se odvíjející nutnost zvodnit ohraničení a definování případu. Musí být tedy explicitně vyjádřeno, co je vlastně případovou studií zamýšleno, čemu má sloužit. Definování případu současně představuje výchozí bod pro jakoukoli budoucí analýzu.

V případě strategie případové studie je vhodné postupovat v následujících krocích:

- 1) Položit výzkumnou otázku vycházející z cíle studie;
- 2) Definovat případ odpovídající zvolenému teoretickému rámci;
- 3) Zvolit vhodnou strategii výběru vzorku odpovídající definici případu;
- 4) Definovat metody tvorby dat;
- 5) Deklarovat způsob hodnocení a analýzy dat;
- 6) Vymezit kritéria interpretace výsledků;
- 7) Uplatnit kontrolu validity a způsobem reflexi;
- 8) Navrhnout a realizovat závěrečnou zprávu.

Základním požadavkem strategie je, aby dle vady k různým úpravám výše uvedeného obecného schématu a naproti méně tradičnímu pojetím měla své pevné zakotvení v podobě zvodnění, tj. aby byly otázkou volby výzkumníka s cílem usnadnit i kvalitněji realizovat určitý krok a nebyly spíše dle sledkem nedostatečné připravenosti (Miovský, 2006).

Zdráží komplexnosti celého p ípadu, souvislosti funk ních a životních oblastí života ú astníka výzkumu, kontextu historicko-biografického pozadí, a dále hledání, popis a vysv tlování vlivu r zných faktor a souvislostí je základním p edpokladem validního konceptu kvalitativního zkoumání.

6.2 Výzkumný soubor a metoda jeho výbě ru

Výzkumný soubor tvo í v p ípad individuálních klinických kazuistik 6 klient terapeutické komunity, kte í zapo ali lé bu v období íjna 2016 až dubna 2017 a kte í mají diagnostikovanou závislost na více návykových látkách. Všichni respondenti mají soub žnou psychiatrickou diagnózu (porucha osobnosti, reziduální toxická psychóza apod.). Plánovaným zám rem bylo vytvo it asovou osu vývoje zm n fyzického a psychického stavu v souvislosti s ú astí klient v pohybových a sportovních aktivitách komunity, vliv t lesné pohybové aktivity na klientovy projevy a prožitky *cravingu* a pokusit se zachytit vliv dynamiky a vlastností skupiny²⁴ na výkony respondent a spokojenost s nimi. Pro daný výzkum autorka zvolila kombinaci nepravd podobnostních metod výbě ru výzkumného souboru a to prostý zám rný (ú elový) výbě r, spo ívající v cíleném vyhledávání ú astníků podle jejich ur itých vlastností a zám rný ú elový výbě r p es instituce (Miovský, 2006). V souladu s metodou prostého zám rného výbě ru na základ stanoveného kritéria cílen vyhledávala pouze ty jedince, kte í toto kritérium (nebo soubor kritérií) spl ují a sou asn jsou ochotni se do výzkumu zapojit. Prostý zám rný výbě r pak spo íval v tom, že bez uplatn ní dalších specifických metod í strategií autorka spolu s vedoucím terapeutické komunity vybrala mezi potenciálními ú astníky výzkumu (tj. ú astníky spl ující ur ité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro ú ast ve výzkumu vhodný a sou asn s ní také souhlasí. Tento zp sob výbě ru byl na míst zejména proto, že se nejedná o p íliš velký pot ebný soubor a osoby náležející do základního souboru byly snadno dostupné. Metodu zám rného (ú elového) výbě ru p es instituci, kdy autorka využila ínnosti a služeb instituce ur ené pro cílovou skupinu, která byla p edm tem výzkumného zájmu, autorka volila zcela objektivn z d vodu efektivity asu a náklad na výzkum.

²⁴ Pojem skupina ve smyslu psychoterapeutické terminologie je v textu shodným souborem klient jako deklarovaná terapeutická komunita

Tab. 1 Charakteristika výzkumného souboru

Respondent	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Vzdělání	Doba užívání	Léčba v podání
R1 Alex	muž	29	19.2 (MA ²⁵ , MDMA ²⁶ , THC ²⁷) F61	ZŠ	12let	druhá
R2 Bea	žena	18	19.2 (MA, THC) F60.8	ZŠ	5let	první
R3 Cilka	žena	27	19.2 (MA, THC) F60.8	ZŠ	5let	šestá
R4 Dana	žena	39	19.2 (MA, MDMA) F61.1 F60.8	ZŠ	20let	četí
R5 Emil	muž	25	19.2 (MA, opiáty, THC) F60.3	ZŠ	9let	první
R6 Filip	muž	39	19.2 (MA, opiáty ²⁸ , BZD ²⁹) F61.1	SŠ	22let	druhá

6.3 Metody získávání (tvorby) dat

Použití tohoto termínu není náhodné a má podtrhnout fakt, že při uplatnění metod pro získávání kvalitativních dat se výzkumník přímo podílí na tom, jak kvalitativní data získá, a ovlivuje jejich vznik (Richardson, Wilson, Nishikawa & Hayward, 1995). Za účelem zvýšení validity výzkumu autorka volila kombinaci několika metod tvorby dat, přičemž za stěžejní považuje následující metody: semistrukturovaný rozhovor (Patton, 2002) a metodu životní křivky (Blažek & Olmrová, 1985). Tyto doplnila o metodu zúčastněného pozorování (Hendl, 2005) a práci s lékařskou dokumentací (anamnestickými daty klient – údaji z patientských karet).

6.3.1 Postup realizace rozhovoru

Po fázi výběru klient, která probíhala po konzultaci s vedoucím terapeutické komunity, se autorka setkala s šesti vybranými klienty, kteří splňovali kritéria pro plánovaný výzkum. Rozhovory probíhaly v období od konce července do konce srpna 2017. V rámci výběru místa setkání autorka vycházela z přání respondent, tak aby místo rozhovoru bylo pohodlné, nabízelo pocit bezpečí a výtnost rozhovoru s ohledem na komfort klienta byla maximální. Pokud klienti neměli jiné preference (rozhovor venku), byla využívána malá komunitní místnost, poskytující v prostředí jinak živého komunitního objektu klidné místo bez rušivých vlivů.

Struktura rozhovoru byla vymezena následujícími tematickými celky: 1.) vztah k pohybu a sportu před užíváním NL (ev. průběhu užívání), 2.) vliv užívání NL na zdravotní stav (psychický i fyzický) 3.) dopad psychiatrických komorbidit na vztah k pohybovým aktivitám, 4.) pohyb a sport

²⁵ Metamfetamin (pervitin)

²⁶ 3,4-Methylenedioxyamfetamin (extáze)

²⁷ Delta – 9 – tetrahydrocannabinol (marihuana)

²⁸ heroin

²⁹ Léky ze skupiny benzodiazepin

³⁰ V tomto případě se jedná spíše o situační křivku (terminus technicus autorky), tedy stav fyzické/psychické kondice v době užívání a následné abstinence. Pojem situační křivka literatura nezná, přesto pro jeho přehlednější označení bude v textu dále využíván.

v abstinenci – aktivity v TK jako odrazový mstev k úzdravu, 5.) pohyb a sport jako lék na *craving*, 6.) skupina jako hnací motor k lepším výsledkům, změna motivace vlivem dynamického působení skupiny, 7.) soutěživost ve skupině). Dále bylo využito zúčastněného pozorování (v ohniskové skupině – ve snaze o pokrytí výše zmíněných témat ze strukturovaného rozhovoru s přidáním skupinových atributů: koheze, tenze a konfrontace ve skupině), kresby životní/situace k ivky, práce s textovými dokumenty (zdravotnickou dokumentací). Před rozhovorem byl s klienty vyplněn validizovaný dotazník EuropASI³¹, mapující obtíže klientů s návykovými látkami v sedmi oblastech a sloužící k vyhodnocení závažnosti problému, a dále byl probírána fyzických a psychických symptomů z dotazníku MAP (Maudsley Addiction Profile) Ve výsledku se jedná o kvalitativní studii v konceptu série klinických případových studií plus jedné ohniskové skupiny.

Fáze osobního setkání probíhala v následujících bodech (Musílková, 2017):

- 1) Přivítání: Snaha autorky výzkumu o nastolení neformální přátelské, a především nehierarchické atmosféry tak, aby dávala klientovi bezpečí a pohodlí;
- 2) Objasnění kontextu výzkumu: autorka jasně a srozumitelně vysvětlila záměr rigorózní práce s tím, že výsledky budou použity jen pro studijní účely. Tímto objasněním se snažila co nejvíce vyhnout nesprávnému pochopení toho, co se bude s údaji dít a jak s nimi bude nakládáno³²;
- 3) Seznámení o nakládání s informacemi: Autorka informovala klienty o změnách identifikace údajů (jméno, bydliště, jména dalších osob figurujících v příběhu). Autorka nabídla, že v případě přímých citací lze do nich předeem nahlédnout;
- 4) Seznámení o době trvání rozhovoru: Povodní časová dotace byla stanovena na 60 minut. Proto byla tato doba i na žádost klientů prodloužena;
- 5) Situace k ivka: Po úvodních formalitách rozhovoru autorka klientům předložila volný list papíru a tužku s instrukcí, aby pokud možno co nejautentičtěji zobrazili probíhající psychického a fyzického rozpoložení tak, jak působily v kontextu aktivit v terapeutické komunitě. Autorka vyzvala klienty, aby na konci vyznačili další významné momenty a pokud se chtěli zvlášť v novotě fragmentu k ivky související s užíváním a psychickou/fyzickou kondicí, i ji dokonce nakreslit zvlášť, nechť tomu tak učiní;
- 6) Výzva k vyprávění: Po narutí k ivky autorka vyzvala klienta, aby ji představil a povyprávěl o ní se zaměřením na vyznačené významné body. V této fázi se autorka snažila do rozhovoru zasahovat zcela minimálně;
- 7) Fokus na akce pohybového/sportovního vyžití: V příběhu rozhovoru autorka nechávala prostor pro jakákoli vyjádření, nicméně směřovala specificky na období nejsilnějších změn a projev ve smyslu vlastní (ne)spokojenosti;
- 8) Ukončení rozhovoru: závěrem rozhovoru se autorka snažila pozvolně přecházet na neutrální témata, tak aby ukončení rozhovoru bylo plynulé;
- 9) Poděkování: po ukončení rozhovoru autorka poděkovala za strávený čas a ocenila ochotu a snahu při rozhovoru;
- 10) Dotaz na další spolupráci: Autorka zjišťovala, zda-li by klient byl ochoten absolvovat případně ještě jeden kratší rozhovor s případným upřesněním nejasností, které nebyly podchyceny předeem ve fázi rozhovoru.

³¹ Je přílohou č. 3 této práce

³² V literatuře známo jako „*wrong framing*“. Může mít za následek nežádoucí skryté efekty v rozhovoru (Wengraf, 2001).

Fáze po rozhovoru představovala sepsání reflexe průběhu rozhovoru, obecných dojmů, emocí a porovnávání s ostatními rozhovory. Autorka pak podrobně popísala záznamy z rozhovoru a utvářela je do interpretovatelné podoby.

Za velmi důležité autorka považovala proces *inquiry*, tedy následné dotazování k upřesnění a vysvětlení jednotlivých odpovědí. Doplnující otázky, předpokládáno, mohou dotvářet kontextuálně vázané informace, které dotvoří rámec zadání problému, který autorku zajímal. Na konci rozhovoru se autorka ptala na pocity z ohniskové skupiny (reakce okolí na klientovy případné projevy), vlastní vnímání průběhu ohniskové skupiny, případné změny v klientovském stavu a rozpoložení s ohledem na vnější působení ostatních členů komunity.

6.3.2 Textové dokumenty jako zdroj získávání kvalitativních dat

Mezi tyto dokumenty patila anamnestická data ze zdravotnických karet pacientů/klientů. Tyto materiály existují nezávisle na výzkumné činnosti a výzkumník je pouze shromažďuje. Nelze tedy jakkoli zasáhnout do jejich charakteru ani je jakkoli měnit. Identifikace relevantních dokumentů je nedílnou součástí analýzy informací. Předpokládá se, že zdroje dat budou odrážet komplexnost povahy případové studie (Mayring 1990). Proto autorka, s ohledem na dostupnost a využitelnost zdrojů, zhodnotila jako relevantní využít lékařské zprávy klientů (objektivní odborné posouzení aktuálního stavu klienta), případně jiných doplňujících informací terapeutického týmu a klientů v životopis. S těmito materiály autorka pracovala po celou dobu výzkumné části diplomové práce, vytvářela z nich vlastní zaslepené poznámky a s údaji nakládala v souladu s etickými aspekty, viz kapitola 7.6. Autorka od počátku pracovala s daty s jasným záměrem, že studium těchto zdrojů nabídne odpovědi na klientem nezodpovězené otázky a může eventuálně dokreslit celkový obraz klinické situace.

6.3.3 Metoda situace ní k ivky

Respondent(ka) byl/a na začátku rozhovoru vyzván/a, aby na zcela čistém papíru zachytil/a změny ve fyzickém a psychickém rozpoložení v kontextu dosavadní abstinence a pohybových a sportovních aktivit dříve se v průběhu léčby v komunitě. Do nakreslené k ivky mohl/a ještě dále vyznačit události, které považoval/a za významné. Po nártu k ivky opatřil probíhlo *inquiry*, tedy podrobný popis, co jaký úsek znamená, proho respondent vyznačil tak a ne jinak. U k ivky je sledováno porovnání vyjádření jednotlivých částí (úseků). Respondent je vždy elementární zdroj interpretačního rámce, bez jeho působení lze s k ivkou pracovat jen velmi obtížně a výsledek nemůže nikdy dosáhnout patřičné validity (Miovský, 2006).

V průběhu rozhovoru se autorka s klienty ke k ivce opakovaně vracela, na které momenty byly upřesňovány, objevila se dokonce i „slepá místa“ ve smyslu nejistoty výpočtů o daném časovém období.

6.3.4 Ohnisková skupina

Ohnisková skupina patří mezi jednu z nejprogresivnějších kvalitativních metod pro získávání dat. Prostřednictvím skupinové interakce vzniklé a probíhající v debatě ve skupině

na předem dané téma určené výzkumníkem lze získat kvalitativní data. Zaměření diskuze tzv. ohnisko se odvíjí od cílů výzkumu a výzkumných otázek a toto ohnisko je účastníky skupiny předem označeno. Často se jedná o určitou tematickou oblast či obecnější fenomén, který výzkumníka zajímá. Nezbytné je, aby ohnisko bylo srozumitelné všem účastníkům diskuze.

Základním předpokladem pro provádění ohniskových skupin je schopnost pracovat se skupinou a skupinovou dynamikou. Schopnost rozpoznat jednotlivé fenomény skupinového procesu, umět s nimi pracovat a využívat je pro práci, a naopak eliminovat rizika patří do výbavy kvalitního moderátora.

Moderátor má za úkol účastníky především podněcovat, povzbuzovat v zapojení do diskuze a pomáhat jim ve vyjádření jejich názorů a pocitů. Osobnost moderátora je klíčovými úspěchy ohniskové skupiny. Jeho schopnost zaujmout, umět pracovat s atmosférou skupiny a skupinovým dynamikou, využívat přirozené autority, to vše jsou dovednosti, které z moderátora činí klíového aktéra ohniskové skupiny (Miovský, 2006).

Tak jako rozhovor má ohnisková skupina tři podoby: nestrukturovanou, semistrukturovanou a strukturovanou. Míra struktury je dána mírou připravenosti tematických okruhů, zda-li je či není dáno pevné pořadí otázek a zda-li je možná flexibilita úprav. V případě této rigorózní práce bylo využito semistrukturované podoby ohniskové skupiny, jejíž výhodou je udržet určitou základní úroveň diskuze o jednotlivých okruzích/podokruzích témat, a přitom dát účastníkům dostatečný prostor na individuální vyjádření i prostor pro práci se skupinovou dynamikou.

Ohnisková skupina má minimálně čtyři základní fáze: zahájení skupiny, úvodní diskuze a motivaci práce, jádro diskuze a ukončení diskuze.

Mezi základní pravidla ohniskových skupin patří především (Morgan, 1997; Greenbaum, 2000):

- Hovoří vždy jen jedna osoba;
- Nesmí probíhat žádné vedlejší rozhovory mezi sousedy;
- Diskuze se účastní všichni přítomní účastníci;
- Nikdo nemá dominantní roli;
- Každý má právo říci svůj názor;
- Každý má právo vyjádřit se k názoru druhého, nemá právo jej soudit, či dehonestovat;
- Každý má právo odmítnout odpověď, je-li mu odpověď nepřijemná;
- Každý má právo ukončit svou účast ve skupině;
- Informace, které se účastníci o sobě navzájem dozvědí, jsou důvěrné;
- Účastníci se oslovují jménem a nepoužívají vulgarity či nadávky.

Obecně lze považovat vhodný počet pro ohniskovou skupinu 6-10 účastníků. Při tomto počtu na každého účastníka připadne dostatek prostoru k vyjádření a současně lze uplatňovat různé moderátorské styly. Při početnějším skupině je s výhodou mít k dispozici 1-2 nezávislé pozorovatele rozmístěné mezi účastníky, nebo kapacitně není možné, aby vše postihl moderátor. Poznámky z pozorování jsou velmi cenné s ohledem na možnost postihnout paralelních diskuzních procesů ve skupině, případně zachytit více projevů neverbální komunikace účastníků. Jedná se mimo jiné o velmi cenný zdroj dat pro triangulaci (Miovský, 2006).

6.3.5 Metoda zúčastněného pozorování

Metoda zúčastněného pozorování je formou pozorování, kdy se pozorovatel přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozoruje. V případě daného výzkumu jde o část prob hruvší ohniskové skupiny všech členů terapeutické komunity, kdy respondenti popisují prožitky ze sportovních akcí, každodenních rozvíjelek a relaxačních cvičení. Krom pozorování jednotlivých respondentů je velkou vypovídací hodnotou i reakce jednotlivých respondentů na sebe sama, vnímání koheze a tenze ve skupině, sledování konfrontací mezi jednotlivými pohledy a názory respondentů. Výhodou zúčastněného pozorování je především to, že pozorovatel má bezprostřední zkušenost se situací a jevy, které pozoruje. Má možnost zapojit se do interakcí mezi účastníky a lépe pochopit a popsat co, jak a proč dělá, jaká je jejich perspektiva pohledu na zkoumaný jev atd. Výzkumník má šanci dosáhnout v tomto ohledu do celé situace s množstvím kontextově vázaných informací (Miovský, 2006).

6.4 Metody zpracování dat

Získaná kvalitativní data ze semikvantitativního rozhovoru byla nahrávána a poté autorkou popisována (včetně hojných citací, které autorku v průběhu vyprávění zaujaly), redukována a znovu popisována a systematizována. Pro záznam procesu pozorování v průběhu ohniskové skupiny byl použit modifikovaný Vernonův záznamový arch (výčet vyskytujícího se chování), který autorka vyplnila bezprostředně po prob hruvší skupině a je přílohou č. 4 této práce. S ohledem na absolvovanou stáž v komunitě autorka využila i bohaté zkušenosti a prožitky ze situací každodenního života, přítomnosti na předchozích komunitních setkáních a terapeutických skupinách, kterých se v průběhu stáže zúčastnila.

6.5 Analýza dat

Kvalitativní metodologie nabízí několik nástrojů porozumění zkoumanému fenoménu. V této práci byl stanoven plán postupovat dle fází popsaných Milesem a Hubermanem – kódování, archivace dat, propojování, komentáře a doplnění, závěry a verifikace a z toho výsledné budování homogenního interpretačního rámce (Miles & Huberman, 1994). V procesu kódování získaných dat se klíčová slova i symboly přiřazovali k částem textu tak, aby se snáz dalo pracovat s těmi významovými celky, právě prostřednictvím vzniklých kódů. Jedná se vlastně o identifikaci a systematické označení významových celků dle vytvořených kritérií.

Dalším krokem je archivace kódovaných dat uchováním zakódovaného i původního textu jako organizované homogenní databáze. Archivace se vyskytuje v papírové a/nebo elektronické podobě. Následuje fáze propojování, tedy vytváření a identifikace kategorií vzájemným propojováním jednotlivých částí ve větší celky. Následně jsou k datům dopisovány komentáře vhodné extendující již existující data i je uvádí do kontextuálních vztahů potřebujících analýzu (fáze komentářů a doplnění). Údaje jsou posléze interpretovány a je ověřována jejich platnost. Hledají se opory pro zvolený interpretační rámec, nacházejí se alternativy tomuto rámci a definují se jeho výhody a nevýhody (fáze vyvozování a verifikace). Posledním krokem je vytváření homogenního interpretačního rámce, v němž jsou zjištěné poznatky detailně popsány a vysvětleny (fáze budování teorie). Fáze analýzy dat končí vytvářením diagramů, modelů, schémat atp.,

které graficky znázorňují výslednou podobu teorie, která byla v průběhu studie budována (fáze grafického mapování).

6.5.1 Metoda zakotvené teorie

Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená z procesu zkoumaného jevu, který reprezentuje. Je vytvářena a prozatím tvořena prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a následné analýzy těchto údajů. Z tohoto důvodu se fáze shromažďování údajů, jejich analýza a samostatná teorie vzájemně doplňují. Výzkumník začíná zkoumanou oblastí, její exponovaným fenoménem a nechává, aby se v průběhu výzkumu mohlo objevit to, co je v dané oblasti významné, aniž to výzkumník dopředu předjímá či jakkoli označí. Jednou z velkých výhod metody zakotvené teorie je tedy její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávaná odlišným způsobem a využít tak nejen více metod získávání dat (interview, analýzu dokumentů, pozorování atp.), ale jsou také využívány různé přístupy v samostatné analýze. Další velkou výhodou je její plasticita, tedy možnost její v rámci definovaných pravidel upravovat dle výzkumníkových potřeb a potřeb výzkumu. Autoři Corbin & Strauss (1999) popisují s jejími úpravami a případy sobování, a při její rekonstrukci tento požadavek plasticity zohlednili (Miovský, 2006).

Na metodu zakotvené teorie jsou kladeny tyto základní požadavky (Corbin & Strauss (1999)

- Shoda mezi pozorovanými a kódovanými skutečnostmi;
- Srozumitelnost vystavení teorie na základě empirických, ověřitelných a srozumitelných poznatků;
- Obecnost, tedy schopnost vypovídat o podobných jevech, vysvětlovat tyto jevy, ev. být schopen zdůvodnit, jak fungují a pro například jiné fungují jinak;
- Kontrola, tedy způsob ověření vybudované teorie konfrontací s výchozími daty.

Udržování rovnováhy mezi tvořivostí a vědou (tedy mezi originálním přínosem a vlivem výzkumníka a dodržováním ověřených metodologických postupů) je zajišťováno prostřednictvím tří metod (Miovský, 2006):

- 1) Pravidelné odstupování a kladení otázek (odpovídá to, co si myslím, že vidím, údajím, které jsem získal?);
- 2) Udržování skeptického postoje;
- 3) Postupování v souladu s ověřenými výzkumnými postupy.

Je třeba zmínit ještě dva podstatné pojmy, kterým je třeba pro výklad metody zakotvené teorie dobře porozumět. Prvním z nich je *teoretická citlivost*, tedy schopnost vzhledu výzkumníka do souvislostí výskytu, vývoje a charakteru zkoumaného fenoménu. Jedná se o umění oddělit související od nesouvisejícího, podstatné od nepodstatného umění nacházet v údajích smysl a důležitost. Druhým podstatným pojmem je významová jednotka, tedy určitý vymezený úsek textu, který je nositelem nějaké významné informace (Glaser & Strauss, 1967).

6.5.2 Kódování dat

Proces kódování probíhá ve třech následných krocích vzorcem. Prvním krokem je otevřené kódování, jehož úkolem je vybrat významné tématické celky a tím pádem nejpravděpodobnější kódy (koncepty). Poté je třeba na data nahlédnout z jiné perspektivy a vytvořit kategorie, které pokrývají jednotlivé koncepty. Druhým krokem je axiální kódování, které zkoumá vztahy mezi jednotlivými koncepty a kategoriemi. Na které kategorie i koncepty mohou být v této fázi vyazeny, jiné jsou naopak prozkoumány detailněji (Hendl, 2008). Tento krok dává za vznik vlastní zakotvené teorii a postupně se vytváří paradigmatický model, jehož precizace je předmětem třetího kroku, tzv. selektivního kódování. V poslední fázi vzniká centrální kategorie, či ústřední fenomén, který je zkoumán ve vztahu k ostatním kategoriím. V této chvíli je snahou výzkumníka nalézt a definovat hlavní témata a kategorie, které budou ústředním bodem vznikající teorie (Miovský, 2006).

6.6 Etické aspekty

Všichni respondenti účastníci se výzkumu podepsali Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu (vzor viz příloha 2). Design výzkumného záměru byl předem schválen Etickou komisí FTVS UK (viz příloha 1) a týmem TK. Klienti byli podrobně seznámeni s účelem výzkumu a cílem rigorózní práce, obeznámeni s tím, co je obsahem rigorózní práce a před každým rozhovorem bylo získáno vyjádření porozumění sdělenému. Respondenti byli rovněž seznámeni s tím, jaké konkrétní materiály budou v rigorózní práci využity (rozhovor, kresba situace k ivky v etn klientova doplňujícího komentáře, zaslepená anamnestická data).

Důležitým bodem sdělení respondentovi i celé skupin bylo zabezpečení osobních údajů spočívající v anonymním zpracování klinických kasuistik v kontextu povinné mlčenlivosti výzkumného pracovníka. V zájmu zachování důsledné anonymity klientů a ochrany jejich osobních dat autorka anonymizovala rovněž název zařízení, ve kterém data získávala. Veškeré informace, které autorka získala, jsou a využity jen ke studijním účelům. Klienti byli před začátkem rozhovoru informováni, že jejich účast ve výzkumu je dobrovolná a mají právo kdykoli od výzkumu odstoupit.

7 ROZBOR P ÍPADOVÝCH STUDIÍ

Schéma rozboru p ípadových studií je u všech klient stejné a je rozdělené do čtyř dílůch podkapitol.

- 1) Anamnestická data³³;
- 2) Rámcový obsah strukturovaného rozhovoru;
- 3) Situa ní k ívka³⁴ a komentá respondent; a
- 4) Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru.

7.1 P ípadová studie Alex

7.1.1 Anamnestická data Alexe

- Muž 29 let, dg. F 19.2, F 61, vzd lání základní, druhá lé ba v TK;
- 187 cm/82 kg, váhový p ír stek 15 kg za 5 m síc .

Alex se narodil v roce 1988 a pochází z venkova. T hotenství a porod normální, p írozenou cestou, ikterus 0, k íšení 0, forceps³⁵ 0. Prod lal b žné d tské nemoci (zard nky, spalni ky, plané neštovice, p íušnice, spála). Silná tupozrakost. Operace tonsilektomie. Zlomeniny 0, úrazy na hlav a bezv domí 0. Zdravotní komplikace: ob asné bolesti zad. HVB, HVC 0. Psychiatrické komplikace: toxická psychóza 0, stíhy 0, sluchové, vizuální halucinace 0, lehké rozlady, úzkosti v za átcích lé by, nyní v remisi. F60.8 nezralá porucha osobnosti.

7.1.2 Rámcový obsah rozhovoru

Vztah k pohybu a sportu p ed užíváním NL (ev. pr b hu užívání)

„...sportoval jsem od mala. Od 8 let jsem jezdil na koni. Od 10 let jsem na koních závodil. Kondi ku jsem si udržoval na kole (silní ním) a hodn jsem chodil. Od 15 let jsem propadl crossové motorce... V pr b hu užívání to šlo samoz ejm s pohybem a sportem z kopce, po pervitinu jsem hodn chodil – když to vezmu kolem a kolem, to byly také sportovní výkony. Deset, patnáct kilometr za ve er žádná míra...“

Vliv užívání NL na zdravotní stav (psychický i fyzický)

„...zleniv l jsem. Do všeho jsem se musel neustále nutit. Když jsem nebyl na drogách a nebyl jsem vystimulovanej k pohybu, po ád jsem dospával a byl jsem hodn unavenej a p ešlej...“

³³ Charakter sbíraných anamnestických dat (dotazy na ikterus, forceps, úrazy hlavy, bezv domí atd.) hledá p ímé souvislosti suspektu korelující se závislostním / komorbidn í psychiatrickým potenciálem

³⁴ Obrázky v textu jsou ve zmenšené podob ě a ilustrují grafickou podobu pojetí situa ní k ívky tak, aby klientovy komentá e nez staly bez p ímé vizuální odezvy tená ovi. Velkoformátové situa ní k ívky s ítelnými popisy klient jsou sou ástí p íloh práce

³⁵ Kleš ový porod

Já jsem na rozdíl od spousty jiných uživatelů stíhy ani psychózy neměl, spíše to byly takový rozlady, když mi docházelo, že takhle to prostě nejde...“

Dopad psychiatrických komorbidit na vztah k pohybovým aktivitám

„...ty moje rozlady a úzkosti mě samozřejmě srážely, rozhodně mě blbá nálada nemotivovala k tomu, obout kecky, nebo sednout na kolo a vyjet/vybrhat se z toho...“

„...úzkosti mě zaaly trochu opouštět se spoustou skupinových i individuálních terapií. Jak jsem o všem začal mluvit a pojmenovávat to, bylo to určitě lepší...“

„...v poslední době mám dost potíže se spánkem. Je to daný asi tím, že nad vším hodně přemýšlím a často se mi témata ze skupin nedaří z hlavy úplně vytáhnout...“

Pohyb a sport v abstinenci – aktivity v TK jako odrazový zrcadlo k uzdravení

„...když jsem poprvé išel do komunity, musel jsem si samozřejmě na systematickou aktivitu zvykat. Byl jsem líný, neustále strašně vyčerpaný. Fyzicky jsem na tom byl hodně mizerný, měl jsem 15 kilo dole, 65 kg při 187 cm to není moc k aktivnímu životu...“

„...nejsem moc prozívacím ranním rozčvičen ani organizovaných sportovních aktivit v rámci sportovních odpolední. Mám rád výšlap, tedy, zátyžovky a sám chodím ve svém osobním volném cvičení. Určitě minimálně 3x týdně. Za 5 měsíců v komunitě jsem nabral 15 kilo, celkově jsem se tak nějak osvalil, je to znát, i když třeba tahám dřevo, nebo makáme v dílnách. Všechno je teď o dost snazší...“

Pohyb a sport jako lék na craving

„...na to je vynikající ta posilka tady. Tam opravdu cvičím někdy do zmrtnění. Určitě se vyplavují endorfiny, člověk se na ně zdaleka víc naděje, než když užívá, mnohem to třeba i o to víc těší...“

„...mám rád cvičit sám. Když mi do toho nikdo nemluví, nemusím se tam s nikým postrkovat oinky a o rotoped. Jsem tam rád sám se sebou...“

„...měl jsem asi dva měsíce, kdy jsem cvičil opravdu hodně, jak vy terapeuti tomu říkáte, excesivně. Každou blbou náladu, někdo mě našťoval, nebo se mi něco nepovedlo, tak jsem to šel prostě vycvičit...“

Skupina jako hnací motor k lepším výsledkům, změna motivace vlivem dynamického působení skupiny

„...skupina rozhodně motivuje a povzbuzuje. Nejvíce je to znát na těch zátyžových programech. Když vyjedem na kola na pár dní, nekaždě to snáší úplně v pohodě. Já mám kolo rád a jsem na něj zvyklý, ale jsou tu holky, který fakt trpí. Obzvlášť lidi, který jsou třeba na interferonu a bývají dost unavení, tak ti to kolo úplně nedávají. Pak funguje hec a povzbuzování. Dokonce když to fakt nejde, třeba do kopce, tak lidi slezou z kola všichni a prostě se chvíli tlačí no... V tomhle je tady ta parta docela fajn.“

„...obdobně to funguje u lezení. Je tu dost lidí, kteří se bojí lézt, já se taky bojím. Jednou jsem si to vyzkoušel, byl jsem fakt rád, když jsem se vyhoupl nahore a řekl si, že jsem to dokázal a banda dole tleskala...“

Sout živost ve skupin

„...je dobrý, když se t eba s klukama hecujeme, kdo vyjede první kopec. Pak si to samoz ejm dáme ještě n kolikrát sežrat, kdo byl pozadu a nestíhal, ale samoz ejm z legrace. Na skupinách se pak tohle hodn rozebírá a vracíme se k tomu...“

„...hodn se tu sout ží p i mí ových hrách. To se tu lidi dokážou i parádn pohádat. Já na to moc nejsem, tím, že dost špatn vidím a mám silné brýle, bez kterých nedám ani ránu, nemám mí zrovna úpln v lásce. Ale jsem zas dobrý tribunový fanda. To umím povzbuzovat až freneticky...“

Pozitiva pohybových program

„...ur it je to vytržení z n jakého každodenního stereotypu, obzvláš ty výjezdy a zát žovky to je úpln mimo koncept programu komunity...“

„...rád si sv j pohyb organizuju sám. Jdu se prob hnout, zacvi it si. Je super, že je tu na sport a pohyb dost asu, t eba v osobním volnu nebo v rámci bonifikací...“

Negativa pohybových program

„...no ono to asi nelze nazvat negativama. Jsou tu prost hurá akce. P ijede Karel (terapeut pozn. autorky) a ekne, a se lidi do hodiny sbalí, že se odjíždí i s nocováním. Ne každěj to samoz ejm umí p íjmout bez remcání...“

„...pak je to samoz ejm o tom, že se nikdy 13 lidí neshodne na tom, co se bude d lat. Jsou lidi kte í se pod izujou h a ob as to i sabotují, jsou lidi, který to kousnou bez remcání a jdou...“

Možnost, jak pohybové aktivity uzp sobit, aby byly obecn p íjímány lépe?

„...to je asi svatý grál komunitního d ní. Co klient/pacient, to jiná povaha, jiný p ístup, do univerzálního modelu se tady asi nestrefíš...“

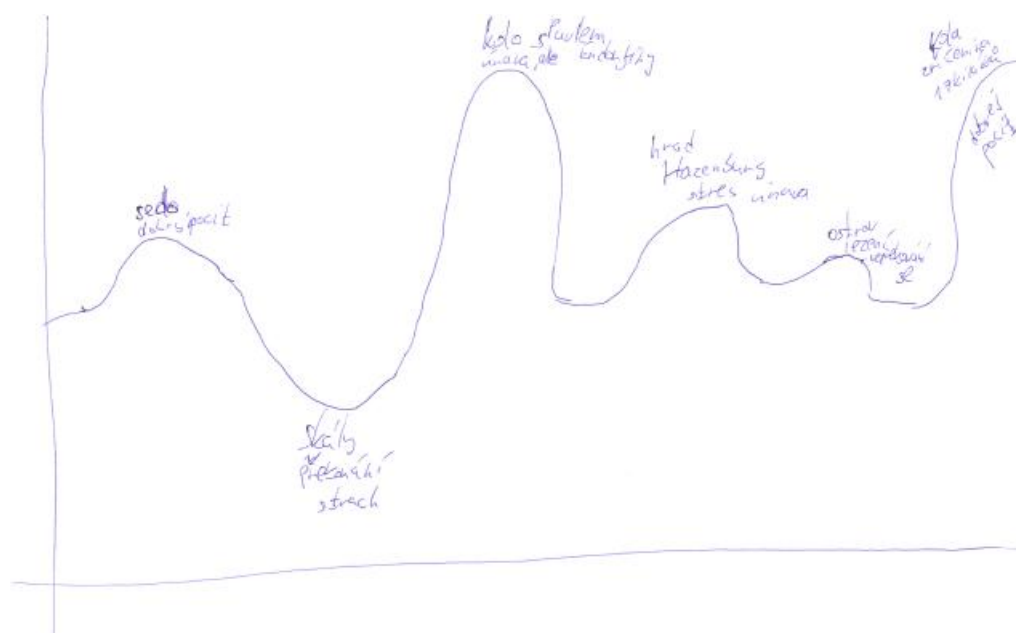
„...je dobrý, když se zvládneme dohodnout. Není to na ízená aktivita, ale odsouhlasená akce. To se pak samoz ejm h remcá, když pro to lov k zvedl ruku v hlasování...“

„...pro n který lidi tady opravdu funguje ten systém bod , je-li za sport n jaké ohodnocení, lidi ho spíše akceptují...“

„...a jinak je fajn o tom mluvit. Je jasný, že rozcvi ky nezrušíme, ale mohly by být n jak oživené. Nevím, te m napadá, pro si t eba místo rozcvi ky nedat pingpongovou obíha ku. To je p ece zah átí jako blázen!“

7.1.3 Situa ní k ivka

Obr. 5: Situa ní k ivka Alexe



EM: Zkuste na rtnout k ivku, která by znázor ovala, jak se jste se cítil/jak se cítíte v pr b hu lé by. M žete to vztáhnout k n jakému pro Vás významnému období i akcím, které Vám n jakým zp sobem utkv ly v pam ti.

A: Pro m je asi nejjednodušší chytit se jednotlivých akcí. Kdybych maloval, jak m poznamenává každodenní chod komunity, asi by to žádnéj zázrak nebyl. Tam se upínám spíš k individuálnímu cvi ení a k tomu, abych n jak pokud možno systematicky zlepšoval svou kondici...

A: Každá akce pro m znamenala n jaké dojmy, pocity, bu to, že jsem byl sám se sebou hodn spokojenej, protože jsem dosáhnul n jakýho výkonu, nebo to naopak bylo hodn o p ekonávání. Jak vidíš, hodn jsem trp l na skalách, tam jsem se fakt p ekonával, ne že bych na to nem l fyzicky, ale strach byl prost siln jší než já. Jak blb vidím, je to pro m dost t žký, bojím se výšek, pád , nemám rád, když si nevidím pod nohy, to je pr švih...

A: „Hodn m oslovujou cyklistický výlety, jednak lov k n co vidí, vy istí si hlavu a fakt, je, že když jich absolvuješ p t po 40ti, 50ti kilometrech v ádu m síce, cítím, že je mi po t le o dost líp. Taky mi to dost pomáhá ut ídit si myšlenky.

A: „Mám rád spojení výletu s n jakým pokoukáním – hrady, rozhledny, to je fakt p íjemný. Kouknu se po kraji a najednou cítím takovou, jak bych to ekl, no skoro svobodu. To si pak íkám, že ten boj tady v komunit za to fakt stojí. A nem žu se do kat, až se takhle budu moc vypravit sám...”

A: „Pak je tam zas jedno lezení, no to byl pr švih úpln totální. Najednou se mi za ala to it hlava, cht l jsem pry . Pry ode všech, n kam utéct, str it hlavu do studený vody. Já mám adrenalin rád, na motorce jsem ho m l až až, ale tohle je fakt výzva, kterou i p es veškerou podporu ostatních nejsem schopnej dát. Skoro bych ekl, že m ty lidi, když do m hu í – to dáš! – spíš štvou, než aby m podpo ili....“

7.1.4 Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru

Alexe bezesporu limituje jeho zrakový handicap a negativní prožitky z dětství spojené s obtížným vypořádáním se se svými obtížemi v dětském kolektivu. Bohužel se za n j n kdy i rád schovává a hledá si výmluvu pro ten i onen sport v rámci sportovních odpolední (p edevším mí ové hry) nem že d lat. Na druhou stranu je dost sv domitý v individuálním cvičení, velkou motivací a hnacím motorem jsou pro n ho viditelné vizuální změny jeho muskulatury. Alex je v komunitě velkým odp rcem neplánovaných akcí, ob as strhne i k revolt ostatní leny komunity. Na druhou stranu je velmi konstruktivní v plánování víkendových výletů a terenních akcí s tím, že neuvažuje jen sám nad svými prioritami, ale kalkuluje s fyzickými možnostmi i aktuálními zdravotními neduhy svých kolegů a uzp sobuje charakter akce možnostem všech zúčastněných, čímž je mezi ostatními leny komunity spíše výjimkou.

7.2 Případová studie Bea

7.2.1 Anamnestická data Bei

- Žena 18 let, dg. F 19.2, F 60.8, vzd lání základní, první léčba v TK;
- 163 cm/52 kg, váhový přírůstek 5 kg za 6 měsíců.

Bea se narodila v roce 1999 a pochází z velkomsta. T hotenství a porod normální, přirozenou cestou, ikterus 0, křivení 0, forceps 0. Prod lala b žné dětské nemoci (zarděnky, spalničky, plané neštovice). Operace 0 Zlomeniny 0, úrazy na hlavu a bezv domí 0. Zdravotní komplikace: neuvádí. HVB, HVC 0. Psychiatrické komplikace: toxická psychóza ano, stíhy ano, sluchové, vizuální halucinace ano, nyní v remisi. F60.8 nezralá porucha osobnosti.

7.2.2 Rámcový obsah rozhovoru

Vztah k pohybu a sportu před užíváním NL (ev. před jeho užíváním)

„...jako malá jsem dělala atletiku. Byla jsem dost živý dítě, potřebovala jsem neustálý pohyb. Tak jsem byla hodně sportovní, po čase jsem musela vyhrávat. Když jsem byla úspěšná, tak mi sport fakt bavil, pak jsem tomu samozřejmě v novém prostředí a v nové skupině a výsledky se přestaly dostávat...

„...v 13ti jsem začala brát pervitin. Měla jsem po něm ještě desetkrát tolik energie. I pár závodů jsem ještě absolvovala, když už jsem brala. Pak jsem ale měla spousty absencí na trénincích, když jsem dospávala dojezdy a to byl vlastně konec mého aktivního sportování. S pervitinem jsem začala samozřejmě hodně chodit...“

Vliv užívání NL na zdravotní stav (psychický i fyzický)

„...s užíváním jsem ztratila jakoukoli disciplínu. Na všechno a všem jsem odmítala, všichni okolo se pro mě stali nesnesitelnými, nakonec to skončilo tak, že mě máma dala do diagnózy. Tam se samozřejmě taky dal pervitin sehnat. Některé sportovní aktivity se tam dělaly,

ale nikdo to nebral vážně. S tím jak jsem brala čím dál větší dávky, tak se samozřejmě rozjely psychózy a stíhy. A pak jsem taky neskutečně zhubla, skoro nic jsem nejedla...“

Dopad psychiatrických komorbidit na vztah k pohybovým aktivitám

„...ve stavu psychózy se o nějakém sportování i smysluplném pohybu vůbec nedá mluvit. Lovím fakt dost starostí sám se sebou...“

„...pak už i to chození jakožto poslední pohybová aktivita upadlo, protože jsem za každým rohem viděla stíny a neustále jsem měla dojem, že mě někdo sleduje....“

„...ono je to pak dost těžké i na začátku léčení, ta nevolnost, nechutenství, neustálá opozice vůči všemu. Ani nějaký relaxační cvičení nepomáhala, ten vnitřní neklid a neustálý stres mě ve mně přetrvával stejně...“

Pohyb a sport v abstinenci – aktivity v TK jako odrazový můstek k uzdravení

„...v léčebně to bylo na nic. Tam se samozřejmě veškeré pohybové aktivity daly zazdíť s výmluvou, že mi je špatně, že mám mžítka před očima a tak...“

„...do komunity jsem přišla po detoxu, to už mi bylo o dost líp. Docela rychle jsem chytila rytmus a na pohybovky a sport jsem si přivykla. Opatř se asi začala projevovat na má hyperaktivita, jak nic nedělám, tak jsem nervózní.

„...jasně, komu by se chtělo ráno vstávat, ale že bych ranní rozčívky vysloven otravovaly, tak to určitě ne. Na sportování v komunitě mě baví, že díky tomu zas vypadám dobře. Je na mě znát, že bych měla, což mě samozřejmě těší. Jinak mě samozřejmě baví zátiž, hlavně kolo a lezení. Nikdy před tím jsem nelezla a to mě tedy fakt chytlo. Výšek se nebojím a pak ten pocit, když se podívám dolů...“

„...cvičím do posilovny moc nechodím. Samotnou mě to nebaví, v těšinu se tam okolo a inký přetahují kluci. Holky si chodí spíš zabíhat nebo se projít. Občas si dáme něco jako aerobik...“

„...určitě moje fyzická kondice tady jde nahoru. A s tím i sebevědomí a psychika...“

Pohyb a sport jako lék na craving

„...ja tady chutná ani moc netrpím. Jestli jsem je měla dvakrát...“

„...ale tak když mám nějaký pomyslený na pervitin, je dobrý jít se psem. On jak je vyjanečený, tak mám dost starostí, abych ho uhlídala, aby mi nevlítnul pod auto. To pak opravdu zvládnou zkoncentrovat myšlenky...“

„...nemám pocit, že bych pohybem potřebovala nahrazovat zážitky z drogy. Je to něco úplně jiného a nevidím tady pro sebe žádnou smysluplnou paralelu...“

Skupina jako hnací motor k lepším výsledkům, změna motivace vlivem dynamického působení skupiny

„...skupina jako tým se ukazuje hlavně hodně na akcích typu kola, loď. Prostě musíme vždycky někam dojet všichni a tak je třeba občas pomoci někomu pomoci ve smyslu, že se vrátím na konec skupiny a jedu s ním...“

„...u mě to ani tak není o těch lepších výsledcích, já jsem v těšinu všude mezi prvníma, takže jsem ta, která podporuje a motivuje. Nevadí mi, když je někdo pomalý, protože má třeba zdravotní potíže, nebo mu něco nejde, ale nesnáším, když si někdo akorát neustále stěžuje a je v odporu proti všemu....“

Sout živost ve skupin

„... ekla bych, že mezi klukama je sout živost mezi holkama spíš evnivost. Spousta z nás eší, jak u toho sportu vypadá, jestli to není trapný...“

„...mám ráda mí ovky, jdu si zahrát t eba i nohejbal nebo fotbal s klukama. Neberu moc ohledy, zvládám jít i do fyzického kontaktu, kluci m sice vnímaj jako ženskou, ale n kdy je ten match taky docela po ádn strhne...“

„...no a pak to moje lezení. Chci samoz ejm vylézt vždycky nejvýš a pokud možno nejrychleji. Nebojím se, to je moje deviza...“

Pozitiva pohybových program

„...leccos si tu m že lov k organizovat sám. Když si chci jít zab hat, jdu si zab hat. Nebo n jaká ta tane ní lekce, taky fajn...“

„...na zát žovkách je ur ít legrace, to m docela dost nabíjí a povzbuzuje...“

Negativa pohybových program

„...jednozna n p epadové akce. To je na mrtvici. Sbal se a za hodinu jedeš. Je to hodn fyzicky i psychicky náro né, asto to p ijde po normálním denním komunitním programu, tedy po pracovní terapii. Když jseš ty i hodiny v díln , nebo se staráš o zví ata, poslední na máš pak chu je sednout na kolo a jet p espat ven na rozhlednu...“

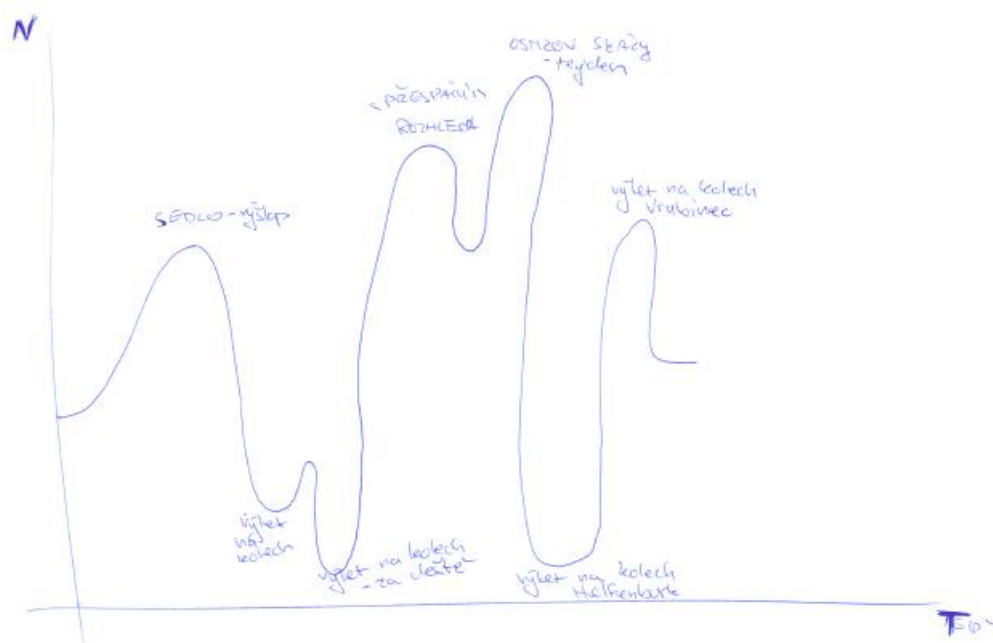
Možnost, jak pohybové aktivity uzp sobit, aby byly obecn p ijímány lépe?

„...to fakt nevím. Vždycky tady bude n kdo, kdo bude v opozici a nebude chtít d lat to co všichni ostatní. Nemám ráda p epadovky typu za hodinu jedem a ani moc nemusím spaní pod širákem. Tak to by se mohlo n jak redukovat. Ale jinak je to spíš o domluv ...“

„...dost se nám osv d ilo jezdit do t locvi ny do školy do T. Tam je t ch možností nep ebern víc. Od posilky, p es ná adí, možnost mí ovek. Možná tudy vede cesta. A koli, kdo sportovat nechce, nebude ani tam...“

7.2.3 Situa ní k ivka

Obr. 6: Situa ní k ivka Bei



B: „No já mám výlety fakt ráda, proto budu malovat a mluvit hlavně o nich. Je to, co si budem povídat únik z režimového stereotypu a to tady fakt ocení každý....“

B: „Baví m výzvy, super jsou výlety na kolech, pohybuju se hodně na špičce, občas se i vracím, abych lidi popohnala a podpořila. Některé to spíš než pomoc berou dost úkorně...“

B: „Dříve jsem byla taková květinka, vadilo mi jezdit třeba v dešti – no ani tady to nebylo úplně příjemné, včera jsme neodhadli oblečení a vrátili jsme se fakt promrzlí a promoření, ale jinak třeba spát pod širákem je super, nemám problém s tím čistit si zuby v potoce...“

B: „Na rozdíl od mnoha jiných já si lezení po skalách užívám. Nikdy jsem nelezla, neměla jsem včera žádnou zkušenost se slázením. Já mám strach, přesto, že ostatní si to asi nemyslí. Vidím to spíš tak, že se prostě musím kousnout a přemáhat sama, abych se zase mohla posunout na kam dál...“

B: „Co mi ale fakt není jsou hurá akce. Přijde Karel (terapeut, pozn. autorky) a řekne, že za hodinu se jede, sbalte si nejn nutnější, připravte kola a basta. Ať samozřejmě dopláčím na to, že nic nezapomenu, kolo nemám po žádném seřizování – místní vybavení, to je taky kapitola sama pro sebe

a to dokáže celou akci po nějakém pokazit.

B: „ Jinak sama vnímám, že první akce byly takové, že jsem je, ne že protrpěla, ale byla jsem dost znechucená, dnes jsem fyzicky dost jinde, nabrala jsem tu přes 5 kilo, mám už dost síly a pocit, že fyzika se mi dost zvedla. Psychicky mi výlety také posouvají dost do pohody, vedle toho, že mám vždycky fajn pocit, že jsem nic nedokázala, tak mi to dostává hodně do klidu a mírní to moje velké zrychlení (smích)...“

7.2.4 Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru

Bea je jedním z tahounů komunity. Občas jí to verbálně „ujede“, protože má dost vysoké nároky na okolí a svou fyzickou kondici ráda porovnává s ostatními. Tento fakt je znatelný především při výletech a zážitkových akcích, kdy je potěšena se vlastními silami někam dopravit, něco fyzického dokázat. Bea je i často mezi prvními a má tendenci ostatní popohánět a peskovat, někdy až trochu nevybíravě. Rezidua psychotických stavů se v pohybových aktivitách nyní již projevují zcela minimálně. Na dlouhodobých uživatelích pervitinu je velmi znát stav dlouhodobé fyziologické stimulace. To se projevuje tím, že i při některých sportovních aktivitách se jeví, jakoby zrychlení. U Bei je tento fenomén velmi markantní. Bea je i při kolektivním sportu velkým individualistou, hodná na sebe strhává pozornost a ráda si připisuje úspěchy celého týmu. Fyzická kondice Bei se v poslední době v komunitě, i objektivním pohledem ostatních, významně vylepšila. V zážitcích lépe se pohybovala tzv. „vestedupole“ a nijak nad ostatními nevynikala. To se zatím sice lépe v komunitě zmanilo, nyní každodenní pohybové aktivity i zážitkové programy zvládá nejenže bez problémů, ale ostatní ženy svými výkony výrazně převyšuje a má že (a zřejmě i je) příklad zbylého ženského osazenstva komunity.

7.3 Případová studie Cilka

7.3.1 Anamnestická data Cilky

- Žena 27 let, dg. F 19.2, F 60.8, vzdělání základní, šestá léta (teti v TK);
- 163 cm/68 kg, váhový přírůstek 8 kg za 8 měsíců.

Cilka se narodila v roce 1990 a pochází z krajského města. Těhotenství a porod normální, sectio caesarea, ikterus anemický, křečové žíly, forceps 0. Prodávatelka ženské nemoci (spála, plané neštovice). Operace 0 Zlomeniny 0, úrazy na hlavu a bezvdomí 0. Zdravotní komplikace: HVB negativní, HVC séropozitivita, v současnosti v léčbě interferonem. Psychiatrické komplikace: toxická psychóza anemická, stíhání anemické, sluchové, vizuální halucinace anemické, reziduální paranoidní ladění, hysterie, lhostivost. F60.8 nezralá porucha osobnosti.

7.3.2 Rámcový obsah rozhovoru

Vztah k pohybu a sportu před užíváním NL (ev. před jeho užíváním)

„...jako dítě jsem s rodiči jezdila na dovolené, kde jsme docela dost chodili, byli jsme i často u vody, tak jsem i plavala, ale moc jsem tomu pohybu nikdy nedala...“

„...ve škole jsem to locvik fakt nenáviděla, to jsem neustále vymýšlela jak se z toho vyzout...“

„...když nad tím přemýšlím, vlastně asi lyžování bych mohla nazvat svou nejoblíbenější sportovní aktivitou, na druhou stranu je to dvakrát či ikrát do roka pár dní a to mi fakt bohat stačí...“

„...jinak chodím do přírody, ale to spíš tak bloumám, procházím se, o nějakém sportování to rozhodně tedy není...“

„...možná, že s užíváním jsem na tom byla s pohybem asi zdaleka nejlépe, nebo jsem užívala hodně taneční drogy a jezdila jsem na taneční párty, kde jsem tancovala klidně i dva týdny...“

Vliv užívání NL na zdravotní stav (psychický i fyzický)

„...tak s užíváním mi začalo být všechno tak nějak jedno. Přestala jsem pečovat svou postavu, tak jak vypadám. Nakonec jsem na pervitinu začala i dost hubnout. Na druhou stranu se hodně objevily zdravotní komplikace v podobě silného akné a moje dlouholeté užívání jednoznačně odnesly zuby...“

Dopad psychiatrických komorbidit na vztah k pohybovým aktivitám

„...jestli jsem se celý život moc nehýbala, tak po tom, co přišly stíhy a psychotické stavy tak to už vůbec ne. Sice jsem pořád někde chodila, ale to bylo zcela nekoordinované, bezcílné pochodování...“

„...hodně jsem po užívání trpěla automaticky v podobě mimoděkých pohybů, tiků a tak. Přes druhé léky jsme měli v programu nácvik relaxačních technik, čímž se dalo trochu ulevit od těch trhaných pohybů, ale stálo to nesmírně energie a soustředění. Já nejsem úplně trpělivá a systematická, takže jsem to dost rychle vzdala...“

Pohyb a sport v abstinenci – aktivity v TK jako odrazový můstek k úzdram

„...sportuju spíš proto, že musím. Protože je to součástí programu. Neprožívám pohyb, nepřikládám mu význam pro léčbu, a to každý zpracuje, jak potěbuje, já sport k životu fakt nepotřebuju...“

„...do komunity jsem přišla po několika léčebách. Každá byla jiná a měla jsem specifická a i v charakteru a množství pohybových aktivit se lišily. Ze dvou léčebných pobytů v terapeutických komunitách jsem odešla proto, že toho na mě bylo moc. Kromě motivace mi chyběla i jakákoli chuť...“

„...ranní rozcvičky si odtrpím, jinak to odchodím, co mám dlat. Mívám jak kdy, to je o tom kdo hraje a jestli je to na pohodu, nebo to lidi berou moc vážně. Vybíjenou si občas zahraju docela ráda, ale jinak jsem vůči tomu vlažná...“

„...zátyžky a výlety jsou fajn, protože se podíváme do přírody, vypadneme z baráku, ze stereotypu režimu, tak to je fajn. Teď jak jsem na tom interferonu, je mi dost blbě, jsem hodně unavená, potím se a hodně se zadýchávám. Lezení jsem si zkusila, je to fajn vědět, že jsem to vedle ostatních taky dokázala...“

„...cvičit do posilovny chodím. Hlavně na kolo, mám pocit, že se na něm dá i zhubnout. Jen bych měla vytrvat a být systematictější. Chodím jednou týdně a někdy i vynechám, protože jsem prostě hodně unavená...“

Pohyb a sport jako lék na craving

„...mám chuť docela dost často. Zkoušela jsem to ušlapat na kole v posilovně, ale to k ní mě moc nevede...“

„...mě se teď pořád točí kolem toho, jak sport a pohyb by mě měl být uzdravný, ale já to tak vážně nemám...“

„...když bažím, potěbuju se z toho spíš vypovídat. Ani relaxační techniky v tomhle zrovna nepomáhají...“

Skupina jako hnací motor k lepším výsledkům, změna motivace vlivem dynamického působení skupiny

„...podpora tam určitě je, to bychom nebyli schopni v tomhle po tu vedle sebe prakticky neustále fungovat...“

„...když se nějaká akce podaří, pak se to rozebírá na skupině, lidi se obasí mezi sebou pochválí, eknou, že se někomu něco fakt povedlo, to je určitě fajn...“

„...já jsem ráda, když nám poádá někdo nejeří, že jsem poslední, že zdržuju a že bych měla hnout zadkem. Nejsem opravdu fanouškem sportu a nijak se tím netajím...“

Soutěživost ve skupině

„...někdy mi to přijde až postavený na hlavu, jak se do toho ty lidi pokládají. Dokážou se i docela poádání pohádat a ještě hodinu potom to rozebírají...“

„...kluci mezi sebou soutěží hodně, hlavně kdo vyleze výš, kdo vyjede kopec dřív. Někdy je to až k smíchu, jak neuvěřitelně to prožívají a jak dťsky se pak z vítězství radují...“

Pozitiva pohybových programů

„...moc jich pro mě není, Te se tady díky jedné holině rozjela taková taneční terapie, tak to je dobrý, u toho se dokážu docela dobře uvolnit...“

„...no a pak je to asi taková soudržnost při těch výletech a zátěžovkách, to je něco je jiní relativně přezítlivými...“

Negativa pohybových programů

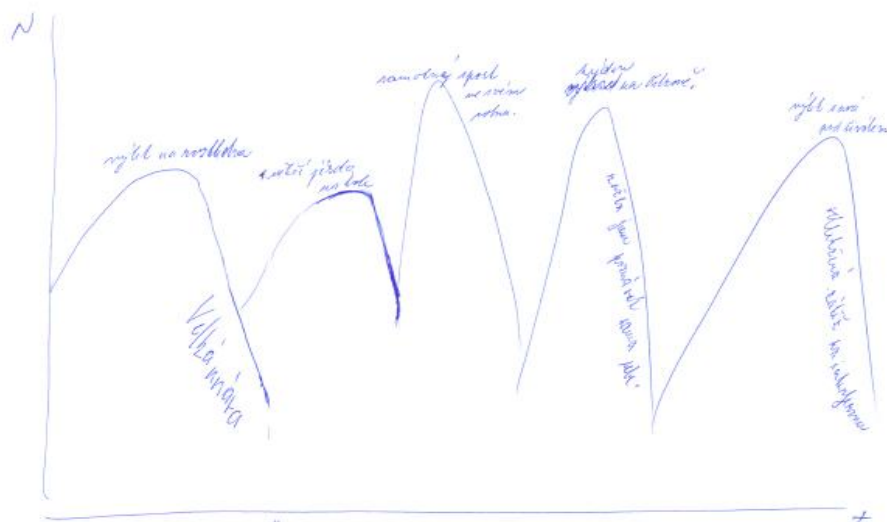
„...přepadové akce Karla a nocování pod širákem za každého počasí...“

Možnost, jak pohybové aktivity užít sobě, aby byly obecně přijímány lépe?

„...možná kdyby byly více dobrovolné. Někdo chce hrát míčové hry, a hraje míčové hry, někdo chce gymnastiku nebo zumbu, tak a tancuje. Kdysi tu nějaký stážista dělал nějakou speciální relaxační terapii, to se mi docela líbilo, u toho se člověk fakt nenaděl, to by se mohlo zavést pevně do programu...“

7.3.3 Situa ní k ivka

Obr. 7: Situa ní k ivka Cilky



EM: „Zkuste zachytit na papír svou fyzickou a duševní kondici po as, kdy se lé íte v komunit . Je jedno jak to pojmete, jestli vztáhnete své komentá e, ke každodennímu d ní, i konkrétním akcím.

C: „ Já všechny akce absolvuji s tím, že jedu do p írody, n kam se podívám, opustím barák. Vlastn ani moc nevím, co bych k tomu ekla. Ob as se Když už n kam musím jet, mám skoro vždy jen p ání, abych to n jak fyzicky p ežila. Jsem na interferonu, to samo o sob m dost limituje fyzicky, jsem hodn rychle unavená a dost mi to sbírá náladu“

C: „ Co se týká individuálního sportu, zkouším si jít ob as zacvi it, je to taky kv li bod m, které za to máme“

C: „Byli jsme týden na výjezdu na skalách, dost jsem se toho bála, jak cesty tam a zpátky, tak i toho vlastního lezení. Nakonec jsem to dala, m la jsem ze sebe radost a i skupina m hodn podržela, podporovali m zezdola a nakonec mi i zatleskali. Jakože m sport úpln moc nebaví, tak tady jsem m la pocit, že jsem n eho sou ástí, protože jsem to zvládla jako všichni ostatní...“

C: „Když se musím soust edit na n jaký výkon a koncentruju myšlenky, p estávají m trápit takový ty automatický mimovolní pohyby, kterýma dost trpím. Vlastn pro tohle je zát ž a pot eba soust ed ní se na konkrétní v c dobrá. Jenomže nic netrvá v n ...“

7.3.4 Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru

Cilka je introvertní povahy a v komunit je z t ch mén nápadných. Je v systematickém tichém vzdoru, moc nemluví, moc se neprojevuje, ani nespolupracuje. V týmu komunity je spíše za solitérního lena. Rezidua psychotických stav se již tém neprojevují, itelná je senzitivní vztahova nost, kterou manifestuje hlavn p i zát žových programech, ve smyslu sebelítostivých výlev odkazujících se na špatný zdravotní stav a komplikovanou lé bu interferonem. Cilka si asto hledá cesty jak se ze sportovních program vyvázat. asto hledá út chu a zastání u terapeut . Díky tomu je kolektivem komunity h e akceptovatelná. Cilka sama z ejm neshledává v pohybu p ílišnou radost ani prosp ch, rozhodn ne alternaci k bažení, kterým trpí pom rn zna n a to i po již relativn dlouhé dob abstinence. Na jednu stranu eší svou váhu

a postavu, neustále o tom mluví, ale není schopná vyvíjet nějakou systematictější déletrvající sportovní aktivitu. Pohybové aktivity jsou pro ní spíše pití z vody, pro kterou kolikrát zvažovala odchod z terapeutické komunity.

7.4 Případová studie Dana

7.4.1 Anamnestická data Dany

- Žena 39 let, dg. F 15.2, F 60.8, vzdělání základní, druhá léčba v TK;
- 166 cm/54 kg, váhový přírůstek 5 kg za 6 měsíců.

Dana se narodila v roce 1978 a pochází z okresního města. Těhotenství a porod normální, přirozenou cestou, ikterus 0, křivčení 0, forceps 0. Prodělala běžné detské nemoci (spála, spalničky, plané neštovice, zářivky). Operace 0 Zlomeniny 0, úrazy na hlavu a bezvdomí 0. Porody 2 (spontánní) potraty 0. Zdravotní komplikace: neuvádí. HVB, HVC 0. Psychiatrické komplikace: toxická psychóza ano, stíhy ano, sluchové, vizuální halucinace ano, nyní v kompletní remisi. F60.8 nezralá porucha osobnosti.

7.4.2 Rámcový obsah rozhovoru

Vztah k pohybu a sportu před užíváním NL (ev. před jeho užíváním)

„...od šesti let jsem dělala sportovní gymnastiku, chodila jsem na všemožné pohybové výchovy. Atletika, míčové hry mě nijak nebraly, moc mě to nebavilo, ale nemohla jsem říct, že by mi to nešlo. Byla jsem docela dost pohybov nadaná. V zimě lyže, v létě kolo, plavání – vše rekreačně...“

„...v 16ti letech jsem objevila profesionální tanec. Na vrcholovou gymnastiku jsem neměla ani postavu, ani vliv řídit. Oslovila mě kamarádka, která už byla zahájkovaná pod agenturou. Tak jsem to šla zkusit také. Jezdili jsme po celé Evropě, tancovaly jsme formace, byla to dělna, ale vydělávala jsem si dost peněz a podívala jsem se tam, kam bych se za normálních okolností vůbec nedostala...“

„...v 18ti jsem začala brát pervitin. Kromě té neuvěřitelné energie, které jsem po tom měla, se po mně parádně hublo. Za měsíc jsem měla 7kg dole, vypadala jsem fakt super...“

„...dlouho jsem brala kontrolovaně, jednou dvakrát za měsíc. Kromě toho úbytku váhy, který všichni přehlídli, té dělny, nikdo nic nepoznal...“

Vliv užívání NL na zdravotní stav (psychický i fyzický)

„...že začátku to bylo v pohodě, pak když jsem začala brát víc, no tak jsem měla hodně problémy s výkyvy nálad. Byla jsem dost impulsivní, vzteklá, když nebylo po mém, hodně jsem vyváděla. Začala jsem extrémně žárlit a konstruovat neuvěřitelné teorie...“

„...sice jsem zhubla, ale fyzická kondice šla do háje, nebyla jsem schopná představení udýchat, hodně jsem se potila, měla jsem takový to silný bušení srdce. Dost mě lítal tlak, měla jsem hodně slabosti, nějaké vteší akrobacie jsem přestala zvládat...“

Dopad psychiatrických komorbidit na vztah k pohybovým aktivitám

„...tak když je lov ku blbě v hlavě, těžko se zvládne k němu přivést. Pak jsem začala brát v tazích, tj. několik dní v kuse, pak jsem zase několik dní dospávala, protože jsem byla úplně unavená...“

„...když mi začaly psychózy, to už bylo hodně špatné, samozřejmě ze souboru vyhodili, začala jsem život flákat, no a pak jsem otěhotněla...“

„...i když jsem brala i v prvním hotenství, snažila jsem se být umírněnější, chodila jsem hodně na procházky, ona takhle je s pervitinem nakonec hodně spojená, že...“

„...asi před 10 lety jsem objevila zumbu, to byla a je snad jediná aktivita, kterou jsem zvládala i při tom nejvážnějším braní...“

Pohyb a sport v abstinenci – aktivity v TK jako odrazový můstek k úzdram

„...mám za sebou dvě léta v komunitě v K., kde jsem byla po porodu prvního i druhého dítěte. Tam bylo pohybu spoustu. Hlavně výlety, výjezdové akce, v komunitě bylo hodně běhání kolem dětí, moc jsem se tam o sebe nestarala...“

„...bohužel po obou odchodech z komunity jsem se nedokázala odstihnout od starých přátel a partnera, který samozřejmě bral také...“

„...co se týká režimu, v předchozí komunitě to bylo podobné, měla bych spíš méně individuálních pohybových aktivit a hodně těch organizovaných. Hodně pohybu s dětmi, nejen s vlastními. Vase kdy jsem tam byla, bylo v komunitě devět dětí...“

„...rozcvičky tady mi nevadí. Každý týden vede rozcvičku někdo jiný, když jí vedu já, a lidi chtějí i ne, prostě se tancuje a basta...“

„...občas se tebe zajdu protáhnout dolů do posilovny. Měla jsem tu kamarádku, bohužel už odešla, s tou jsme chodily dvakrát týdně běhat. 10km jsme určitě naběhaly, asi po dvou měsících běhání jsme si z hecu začaly mluvit, a fakt jsme se zlepšovaly. Teď tu není nikdo, kdo by se mnou chodil běhat, abych byla upřímná, sama se nedonutím...“

„...co se týká fyziky, rozhodně jsem se tu zvedla, i váhu si teď držím plus minus kilo a je to super...“

Pohyb a sport jako lék na craving

„...už je to lepší, ale chutná jsem trpěla docela dost. Pak bylo vždy nejlepší jakkoli odvést pozornost od myšlenek. Sport je určitě fajn, v tomhle mi fakt pomáhá zumba. Pustím si muziku, uzavřu se do svého světa a tančím. Klidně i v kuchyni, v dílně, tančím, kde to jde...“

„...myslím, že i v budoucnu je tanec cestou jak se vyvarovat bažení. Mám velký sen je mít vlastní taneční školu, určitě to...“

„...dokonce jsem i přemýšlela nad tím dát nějakého laického terapeuta, až tady skončím. Prostě jednou dvakrát týdně vést zumbu, nebo aerobik, to by mi fakt bavilo...“

Skupina jako hnací motor k lepším výsledkům, změna motivace vlivem dynamického působení skupiny

„...na tom se asi shodneme všichni, že skupina má sílu motivovat. Ne všem se ve sportu daří, hlavně na kolech nebo na skalách je to poznat. Pak dobře mění podpora je fakt super...“

„...i já sama hodně motivuju a pobuzuju. Tím, že jsem tu běhala a relativně rychle se dostala do obstojné kondice, jsem tu spíš za toho, kdo táhne....“

„...trochu bojuju sama se sebou třeba p i fotbale, to není úpln šálek mé kávy, pak jsou to kluci, kte í povzbudí a popoženou...“

Sout živost ve skupin

„...jsou lidi, kte í sout ží úpln ve všem, i v tom kdo sní d ív ob d. Takže sout živost ve skupin ur ít je. N kdy se v zápalu sportovního boje lidi i pohádají, našť stí to není nikdy nadlouho...“

„...já jsem ve sportech spíš individualista, v kolektivních sportech jsem takovým lenem do po tu. Když je ale dobrý zápas, taky se nechám strhnout týmem a nechám se vybláznit...“

„...s kamarádkou co jsme chodily b hat, jsme nesout žily, to bylo spíš o podpo e...“

Pozitiva pohybových program

„...když mám osobní volno, zalezu si do komunitky (komunitní místnost pozn. autorky), pustím si hudbu a d lám si pohybový program sama pro sebe...“

„...velmi pozitivn hodnotím zát žové programy mimo komunitu. Možnost vyjet a vypadnout z režimu je osvobozující...“

Negativa pohybových program

„...už to v rozhovorech ur ít padlo, tak já se p idám. Nesnáším hurá akce...“

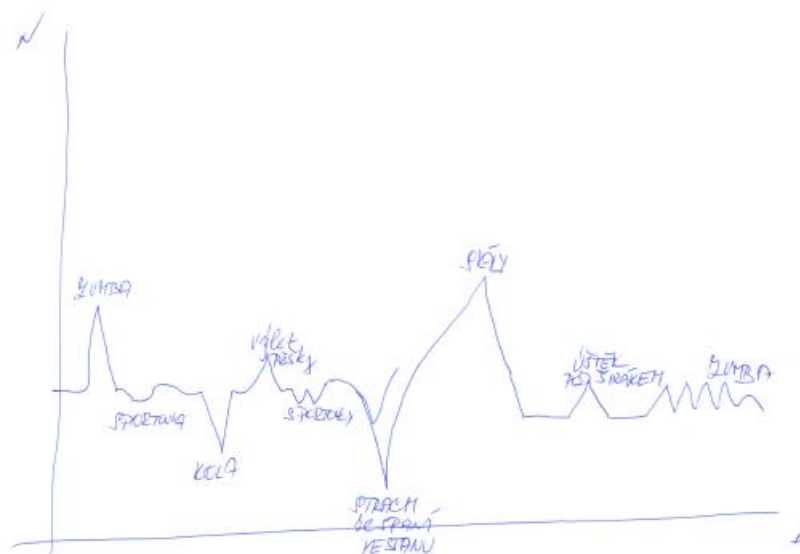
Možnost, jak pohybové aktivity uzp sobit, aby byly obecn p íjímány lépe?

„...ne snad organizovanost akce jako jejich p edvídatelnost...“

„...a pak kdyby se tu lidem cht lo víc tan ít...“

7.4.3 Situa ní k ivka

Obr. 8: Situa ní k ivka Dany



D: M j život je zumba. Když jsem p išla do komunity, nabídla jsem, že ud láme tane ní hodiny, alespo holkám by se to mohlo líbit. S velkým nadšením se to ale zrovna nesetkalo. Takže si tancuju sama, a nebo když mám rozcví ku, tak tam zumbu prost propašuju, a se to ostatním líbí, nebo ne...”

D: „V i sportovkám se stavím tak n jak vlažn . N kdy se povede, hrajem t eba fotbal, nebo volejbal, je trochu vyblázn ná atmosféra, tak to se nechám strhnout také.

D: „ Výlety na kolech úpln moc nemusím, asto jsou to dost narychlo zorganizované (nebo spíš nezorganizované) akce, nemáme tu ani moc dobrej arzenál, posledn mi b hem cesty odešly brzdy, skon ila jsem v pankejtu a jen zázrakem jsem si nic nezlomila. Druhá v c je, že tyhle výlety bývají asto spojené s nocováním venku, na to já taky úpln moc nejsem. Ale to íkám tady a te jako, že se bavíme na férovku, jinak že bych d lala problémy a stav la se proti komunit , tak to ur it ne...”

D: „Hodn jsem chodila b hat s Bárou – s holkou, která už tu není. Nesout žily jsme, zvládly jsme u toho b hu i povídat, daly jsme osm, deset kilometr a šlo to n jak úpln samo.

D: „Skály – no velké téma celé komunity. Samoz ejm , že to d lí skupinu, protože jsou lidi, kte í se bojí, nebo na to fyzicky nemají a lidi, kte í to primárn berou jako výzvu. A fakt je, že o tom zda-li se poleze, nebo nepoleze, se tady s terapeutama zas úpln nediskutuje. To už by muselo být nevím co, aby ekli, že nemusíš. Já lezu docela ráda, nemám problém se vydrápat kamkoli a to pokoukání pak...”

D: „Své povídání nad k ivkou nem žu skon it jinak než zumbou. Skv lý by bylo nadchnout tady pro to víc lidí. Holek je tu dost, muziku mají rady, pohybov jsou na tom taky obstojn , jen kdyby nebyly tak líný...”

7.4.4 Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru

Dana, i když rozporuje svou náklonnost ke kolektivním sportům, je vcelku týmový hráč, přizpůsobivá, nemá problém se přizpůsobit, pokud chybí při sportování hráč do posádky. Rezidua psychotických stavů se v pohybových aktivitách neprojevují. Stejně jako u Bei je u Dany velmi znát stav dlouhodobé fyziologické stimulace. I při klidových aktivitách je jakoby v tenzi. Dlouho neposedí, je hodně aktivní, jeví se trochu jako zrychlená. Dana má snahu na sobě dost pracovat a svou potřebu se snaží přetavit i do ideologie ostatních. Občas má tendence svými snahami neustále něco dlat, lidi nutit. Dana veškeré komunitní pohybové aktivity i zájmové programy zvládá bez jakýchkoli obtíží, sama ví, že pohyb (přede vším tanec) by mohl být po jejím odchodu z komunity velkou oporou při zvládání života bez drog.

7.5 Případová studie Emil

7.5.1 Anamnestická data Emila

- Muž 25 let, dg. F 19.2, F 60.3, vzdělání základní, první léčba v TK;
- 161 cm/62 kg, váhový přírůstek 12 kg za 11 měsíců.

Emil se narodil v roce 1992 a pochází z okresního města. Těhotenství a porod normální, přirozenou cestou, ikterus 0, křivění 0, forceps 0. Prodává běžné dětské nemoci (zarudnutí, spalničky, plané neštovice). Operace apendektomie. Zlomeniny mnohočetné (nos, dolní čelist, horní končetina), úrazy na hlavu a bezvědomí 1. Zdravotní komplikace: občasné bolesti zad, astézie bolesti zubů. HVB 0, HVC séropozitivní. Psychiatrické komplikace: toxická psychóza ano, stíhy ano, agrese ano, sluchové, vizuální halucinace ano, labilita, emocionální nestabilita. F60.8 nezralá porucha osobnosti.

7.5.2 Rámcový obsah rozhovoru

Vztah k pohybu a sportu před užíváním NL (eventuelně jeho užívání)

„...od pěti let jsem hrál hokej, tomu jsem podléhal opravdu vše. Vedle kondiční přípravy, kola, plavání už jsem toho ze sportování moc nestihl. Vlastně ano, inline bylo také moje velké hobby...“

„...chodil jsem do sportovního týmu, trénoval jsem dvoufázově, bylo to dost náročné. Moje disciplína byla vlastně jen disciplína a tréninky...“

„...mám jsem hodně těžkou pubertu. Ve 14ti jsem se chytnul špatný party a pak už to šlo jenom z kopce. Kašlal jsem na domlouvání, rady, výhrůžky rodičů. Nejdelší jsem vyhodili z manafutu, pak už jsem nesměl ani na stánek...“

„...když jsem začal brát, šlo to hodně rychle. Vlastně zatím si sice už jsem užíval denně...“

„...sport/pohyb šel úplně stranou, pro pervitin jsem ho prakticky vytěnil...“

Vliv užívání NL na zdravotní stav (psychický i fyzický)

„...s užíváním pervitinu se hodn stup ovala moje agrese. Byl jsem dost kontaktní i v hokeji, s pervitinem jsem d lal hodn bordel, vždycky jsem n kam p išel, porval jsem se a pak m sebrali. N kolikrát jsem kon il na psychiatrii pod kurtama...“

Dopad psychiatrických komorbidit na vztah k pohybovým aktivitám

„...s pervitinem mi za alo být všechno sportování úpln volný. M l jsem jiný starosti, abych sehnal prachy na matroš...“

„...po hokeji se mi léta ani nezastesklo, toho, že jsem to totáln zabil, jsem se dopracoval až v lé ebn v ., kde jsem byl na skupinách opakovan konfrontovaný s tím, co m vedlo od út ku z úsp šné hokejové kariéry až na samé drogové dno...“

„...m l jsem po pervitinu dost t žký stavy vykroucenosti – takových t ch mimod kých pohyb , které šly ob as až do k e í. Ješt te mám stavy, kdy prost musím všeho nechat a jen prodýchávat a relaxovat. Te už vím jak na to, tak je to za pár desítek vte in pry ...“

Pohyb a sport v abstinenci – aktivity v TK jako odrazový m stek k úzdrav

„...s p íchodem do lé ebny v . mi našli žloutenku cé ko. Nem l jsem takovou tu ikterickou formu, nebyl jsem žlutej, jen jsem byl po ád neskute n unavenej ...“

„...od za átku jsem dostal šet ící režim, v jídle, ve sportu. Musel jsem si krom abstinence zvykat na úpln nový p ístup k životu. Na za átku n jaký mí ovky, fotbálek... v bec nep ipadaly v úvahu, jen jsem se rozeb hl a byl jsem do ista vy ízenej. Pak jsem za al trochu chodit, to byl v podstat jediný déletrvající pohyb, který mi nevadil...“

„...když jsem se za al dávat pomalu dohromady, dostal jsem p ikleplej interferon, ta lé ba T srazí na kolena sama o sob . Zase jsem zhubnul, trp l jsem nechutenstvím, byl jsem protivnej, podrážd nej...“

„...no a po interferonu jsem ožil. Pak jsem se kone n mohl zapojit i do t ch skupinových sport , které mám rád. Fotbal, volejbal, nohec – to m baví, jsem od p írody sout živej....“

Pohyb a sport jako lék na craving

„...když jsem mohl za ít trochu cvi it, za al jsem pomalu kondi n posilovat. Našt stí nepat ím mezi ty, kte í jen bezhlav zvedaj inky, m l jsem trochu p edstavu jak to d lat, aby se lov k v posilovn úpln nez ídil...“

„...na chut a bažení mi pomáhá kolo. Sednu a jedu, sám nebo s n kým. Je mi to jedno. Není to žádněj extra sportovní výkon, jde o to zam stnat ruce, nohy, hlavu...“

„...docela jsem propadl lezení. Jak jsem malej a lehkej, vyhoupnu se skoro všude, z mrštnosti jsem toho taky moc neztratil. Je úžasný, když lov k vyleze nahoru a ekne si, tak jsem to dokázal. To je pak adrenalin jako prase. A je to taky hodn o hlav a soust ed ní, lov k fakt musí koncentrovat mysl na to, kam stoupne a kam šáhne...“

Skupina jako hnací motor k lepším výsledk m, zm na motivace vlivem dynamického p sobení skupiny

„...pro m bylo nejd ležit jší vyhrabat se z toho myšlenkovýho marasmu a neustálý únavy. Fajn bylo, že když jsme t eba n kam vyrazili na kole a já už jsem cítil, že to nejde, protože jsem fakt

hodn unaveněj, skupina vždycky zafungovala. Hlavn Filip s Danou, to jsou paráci, ti se t eba ze za átku skupiny vrátili za mnou a celou cestu m povzbuzovali a hecovali, abych vydržel...”

„...v t ch chvílích bezmoci jsem na sebe vždycky hrozn naštvanej a jsem rád, když m n kdo zvedne a trochu popožene a povzbudí...”

Sout živost ve skupin

„...tím, že jsem hrál hokej, mám rád týmové sporty a rád sout žím. Fotbal, volejbal, nohec jsou ur it sporty, kde se projevuje sout živost a dravost. Baví m , že i n který holky do toho jdou docela živeln , neberou moc ohledy, ob as z toho vyleze i pár šrám . Docela asto se u sportu i dohadujeme, není výjímkou, že dojde i na k ik. Ale pak vše dobrý...”

„...po ádáme tu ping pongové turnaje, to má v komunit dost velký úsp ch a opravdu se zapojují všichni. Cht lo by to víc systematicky organizovaných sport , t eba n jaká nohejbalová nebo volejbalová liga – to by bylo super. Ono, když lov k vidí tu tabulku, nebo postup v žeb í ku, samoz ejm k tomu výkonu pak úpln jinak p istupuje...”

Pozitiva pohybových program

„...vytržení z každodenního režimu, vy íšt ní hlavy, já si ur it svým zp sobem kompenzuju i n jakou svou rtu ovitost a agresi...”

„...je mi vcelku jen jedno jestli sportuju sám, nebo ve skupin , te když abstinuju, vlastn zjiš uju, že ten pohyb k životu pot ebuju...”

Negativa pohybových program

„...já jsem byl dost limitovanej tím interferonem. Byl jsem t i m síce fakt hodn unaveněj, podrážd nej, to jsem pak n jaký náhlý výjezdy fakt ocenit úpln nedokázal...”

„...tak není tu úpln dost vybavení ke sportu a pohybovým program m. T eba kola, to je kapitola sama pro sebe. P ed každým výjezdem to n jak flikujeme, opravujeme, dáváme dohromady, není jich ani pro všechny leny komunity, takže se pak vždycky n kdo veze autem. No zrovna mezi ženskejma tohle ned lá úpln dobrou krev...”

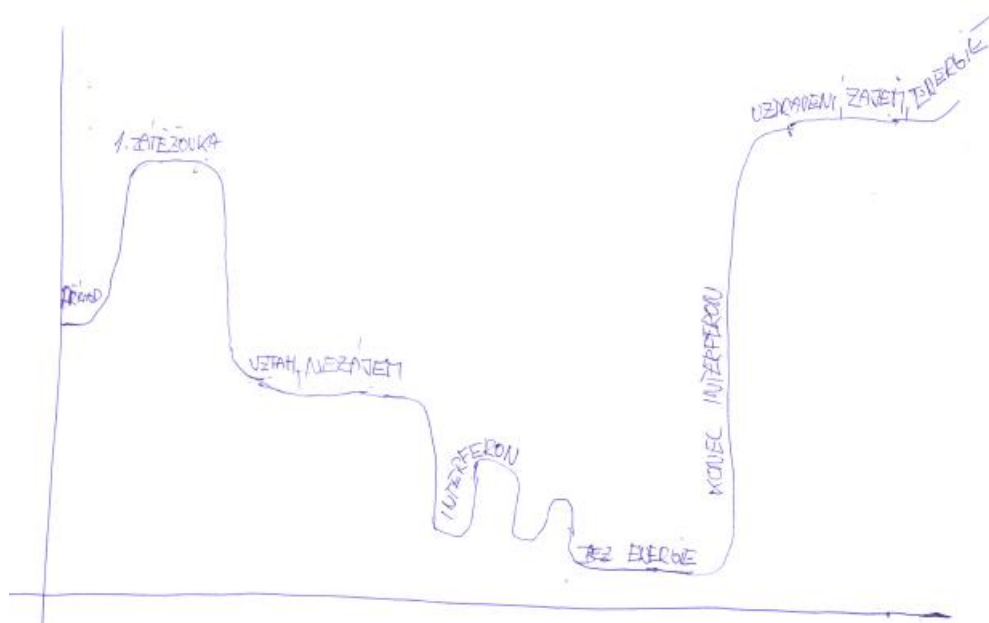
Možnost, jak pohybové aktivity uzp sobit, aby byly obecn p íjímány lépe?

„...hele, nikdy se netrefíš všem do chuti, vždycky bude n kdo, kdo si vymyslí tohle i ono, pro se to nedá d lat a tak. V po tu 13ti lidí je to p edevším o domluvu a n jakých ústupcích. Jednou se prost jede kolo a skály – na tom se asi tak n jak shodnou všichni, každěj si v tom n co najde a primárn je to o tom, že se vypadne z baráku, to všichni ocení...”

„...já asi nejsem z t ch, který by se stav l proti akcím, když jsem pak už byl bez lék a únava ustoupila, dával jsem v podstat vše a bez námitek...”

7.5.3 Situa ní k ivka

Obr. 9: Situa ní k ivka Emila



E: „Hele já jako sportovec jsem velkou část času v komunitě protrpěl, protože ten interferon mi prostě srážel k zemi. Já se umím kousnout a jsem z hokeje zvyklý na bolest, ale tady je vedle toho ještě taková bezmoc. Prostě bych chtěla, abys ze sebe vymáčkla víc, a ono to prostě nejde, tvůj limit Ti to nedovolí. Takže jsem vlastně kousnul první zápasovou akci, to byly nějaké hory nahoru a pak už to šlo vlastně dolů. Já se snažím, aby to na mě ostatní moc nepoznali, do toho jsem tady měl vztah, to jsem svojí energii investoval úplně jinam, no špatně.“

E: „Je pravdou, že v tomhle srabu, kdy už jsem byl fakt dost na dně, vždycky pomůže skupina, nebo aspoň kdo z ní. S Filipem jsme třeba chodili pinkat ping pong, to bylo dobré. Žádná honička, spíš jsme si nahrávali na techniku a snažili jsme se o nějaký progres“

E: „Když jsem skončil s interferonem, tak to bylo jako, kdyby mi vyměnili baterky, nebo mi zapluli do elektriky. Najednou jsem měl energii, nemusel jsem se kousnout kvůli každé akci, já jsem dost ješitnej, takže jsem samozřejmě všechny kola, skály, dával, ale kolik mě to stálo sil...“

7.5.4 Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru

Emil má k pohybu a ke sportování velmi blízko. Bylo to jasné patrně i z našeho rozhovoru. Jeho velkým limitem byla totiž síň léba interferonem, který má řadu vedlejších nežádoucích účinků, z nichž jeden z nejpatrnějších je celková únava a schvácenost organismu. Emil byl v zájmu svého působení v komunitě organizačním aktérem komunitních sportovních akcí, nebo pohybové aktivity jsou v komunitě i prostředkem ke komunikaci a sociálnímu uvolnění. Emil v zájmu rozhovoru také upozornil (jako jediný) na skutečnost, že mu pohyb a sport v komunitě dovoluje zapomenout na negativa spojená s minulostí, pomáhá vytvářet ověřené vzpomínky a pomáhá mu stabilizovat jeho nestálé výkyvy v náladách. Emil měl v zájmu rozhovoru cca tři týdny do ukončení léčby v terapeutické komunitě. Sám otevřel téma sportu v dolévacím programu a vlastní aktivitu vyhledat možnosti systematického sportování ihned po opuštění komunity. Emil opravdu vzbuzuje

uvitelný dojem, že sport je pro něho důležitý směr, jak se osvobodit od cesty užívání a nalézt psychické i fyzické uspokojení v pohybu.

7.6 Případová studie Filip

7.6.1 Anamnestická data Filipa

- Muž 39 let, dg. F 19.2, F 61, vzdělání úplné střední, druhá léčba v TK;
- 169 cm/86 kg, váhový přírůstek 15 kg za 10 měsíců.

Filip se narodil v roce 1978 a pochází z okresního města. Těhotenství přenašžené, porod přirozenou cestou, ikterus 0, křivění ano, forceps ano. Prodávatel běžné duševní nemoci (zářivky, spalničky, spála, neštovice). Operace tělesná kýla. Zlomeniny 0, úrazy na hlavu a bezvědomí 1. Zdravotní komplikace: asté bolesti zad, asté bolesti zubů. HVB 0, HVC séropozitivní. Psychiatrické komplikace: toxická psychóza ano, stíhy ano, agrese ano, sluchové, vizuální halucinace ano, riskantní chování, nezralost. F61 smíšená porucha osobnosti.

7.6.2 Rámcový obsah rozhovoru

Vztah k pohybu a sportu před užíváním NL (ev. před jeho užíváním)

„...hrál jsem hokej asi od 6 do 11 let. Od 7 let jsem chodil do turistického kroužku. Byl jsem k tomu tak nějak vedený, od mala jsme s našima po okolí kde chodili. Pak jsem asi v 8 letech objevil vodák, asi v 11ti jsem začal chodit do středního kroužku. Tohle trvalo do sedmé třídy...“

„...ve 14ti jsem se dostal k LSD, pak dost rychle k pervitinu. V 15 letech jsem objevil chuť alkoholu, na kterém jsem se stal cca v 17 letech fyzicky závislý. Pil jsem nejduv pivo, pak už co mi kde nalili, na co mě kdo pozval...“

„...kromě toho hokeje, kterej mě fakt hodně bavil, jsem byl spíš vlašnej sportovec. Ten turistický jsem nepovažoval za sport, spíš za zábavu, stejně jako ten vodák...“

„...když jsem ve 14ti začal brát, začal jsem se neskutečně vymlouvat, pro mě nebyl jet na akci s turistickým, nebo s vodákem. Po okolí jsem nešel a čím dál víc jsem se do toho zamotával...“

Vliv užívání NL na zdravotní stav (psychický i fyzický)

„...s braním je jednoznačně spojená lež, později agrese, se stíhama i žárlivécký bludy. Hodně jsem měl takový ty represivní představy, že mě někdo honí...“

„...od 16 jsem vlastně po okolí sám experimentoval, bral jsem to, co zrovna bylo a na jsem měl peníze. Když jsem bral pervitin a do toho jsem chlastal, jednak jsem dost rychle zhubnul, sice jsem neměl po alkoholu takový ty opilecký rána a kocoviny, ale to bylo tím, že jsem to vlastně hned ráno zase zapil. Míval jsem pak dost velká okna, ať jsem si nepamatoval i den co jsem dýchal...“

„...od 24let jsem bral pravidelně do žíly, měl jsem dost často abscesy po vpichách, asi za dva roky mi prakticky vypadaly zuby...“

„...od 28 let jsem propadl opiátům, do toho jsem bral benzodiazepiny. Můj život se v podstatě smrsknul jen na opatřování prostědků na drogy. Když se nedalo, byl jsem hodně nervózní až agresivní....“

Dopad psychiatrických komorbidit na vztah k pohybovým aktivitám

„...po pervitinu jsem byl jak motorová myš, to jsem pořád musel něco dělat. Buď to jsem chodil, nebo něco vyráběl, uklízel, kutil. Pak poišly dojezdy, kdy jsem téměř dny dospával a nebyl jsem schopnej vůbec nic...“

„...když poišly stíhy, byl jsem pořád ve stresu. Tebe několik nocí jsem nespál, to jsem pořád někde chodil...“

„...naopak po heroinu jsem byl jak zpomalený film, potácel jsem se jen v rauši a nějaký posun/pohyb mi byl srdečně ukradený. Jen jsem vegetoval, byl to problém se přesunout jen v rámci bytu z jedné místnosti do druhé...“

Pohyb a sport v abstinenci – aktivity v TK jako odrazový můstek k uzdravení

„...mám rád turnaje. Jakýkoli. Nohejbalový, volejbalový. Snažili jsme se s Emilem o organizaci nohejbalové ligy, bohužel se to tu nesešlo s velkým úspěchem. Ale zdaleka to v ping pongu, což je super...“

„...jsem k pohybovkám jinak docela rezervovaný, spíš mi na tom baví ten kolektivní sociální fenomén, jinak jsem takovej gaušák. Preferuju trávit čas vleže a s knížkou...“

„...do posilovny chodím minimálně, spíš, když mi někdo ukecá, že se mu nechce jít samotnému. Některý excesivní cvičení, posilování tady jako náhrada za endorfiny z drog, to vůbec ne. Nakonec z pily (práce na pile, pozn. autorky), nebo z dílny jsem vyposilovaný až dost...“

„...předem jsem dostal konečně antivirotika. Mám nějakou formu cévy, která je rezistentní na interferon, takže je neúčinná. První týdny mi nebylo úplně nej líp, cítil jsem hodně únavu, nechci křemikoli. Práci se tady nevyhneš, ale ten pohyb/sport jsem se pokoušel eliminovat i redukovat na minimum, abych tak nějak přežil....“

Pohyb a sport jako lék na craving

„...já svoje bažení utápím v knížkách, určitě ne ve sportu nebo v pohybu. Mám pocit, že jsem se v období fetování nesmyslně nalítal až dost...“

„...kola беру jako společenskou aktivitu, výlet kam vyrazíme všichni, musíme nějak kooperovat, kam dojet, dát před tím dohromady kola. Když jedu na kole, spíš se kochám, craving tím ale neeším...“

„...pak se tu taky hodně leze po skalách. Zase to беру jako fajn zkušenost, že si můžu vyzkoušet, jestli to dám, nejsem zrovna úplně figura na lezení. Opakuju se, ale zase v tom vidím nějakýho týmovýho ducha, nezbytnost spoletnout se na druhé a tak...“

„...vlastně jo, když nad tím tak přemýšlím, už jsem tu měl jednou dvakrát chut, který jsem šel zahnat dlouhou procházkou se psem. Ten pomatenec fakt vyistí hlavu dle kladně...“

Skupina jako hnací motor k lepším výsledkům, změna motivace vlivem dynamického působení skupiny

„...já jsem hodně proskupinovej. Jsem takovej ten burcový, rád v ní organizuju, popoháním. V tomhle možná patří mezi lídry tady. A když nad tím tak přemýšlím, i lidi mi docela berou a takže i poslouchají...“

„...tu skupinovou motivaci vnímám hlavně na zátech žovkách, kdy se skupina za neobas
morálně rozkládat. Hodně v tom hraje roli třeba po asi, nebo když se někomu rozbije kolo a tak.
Nevím, jestli je to taková ta pravá motivace k lepším výsledkům, i když dojetí a v duševním zdraví
přijít je vlastně taký výsledek, ne...?“

„...já mám dynamiku skupiny rád. Docela se zajímám o psychologii a psychoterapii, něco
málo jsem o skupinovém působení i na etl, vnímám nezbytnost pochval stejně tak jako nějakýho
rozumného kluku a emocí, aby se vyvětril vzduch. V tomhle to tady asi funguje docela dobře. Byl
jsem před komunitou 6 měsíců v..., tam nás bylo šedesát chlapů, to se nedá srovnat. Na něm
se domluvit byl nepředstavitelný problém, nějaký skupinový aktivitu se odehrávaly v po tu 20ti
až 25ti lidí, to už je ale spíš o armádním vedení, než o nějaké komunitní demokracii...“

Soutěživost ve skupině

„...jak jsem řekl, jsem gaušák. Jsou akce, kdy se nechám strhnout, ale nejsem takovej
ten pomatenec, kterej by val na ostatní, protože jsme prohráli, nebo abych se honil do kopce
na kole jen proto, abych tam byl první a ukázal ostatním záda...“

„...ale jinak se tu samozřejmě soutěží, holky s holkami, kluci s klukama i mezi sebou.
U ženských je to obas sranda, protože se dost přetváří, nevím, jestli před náma, nebo samy před
sebou...“

„...mám tu profesionální plavkyni a to byl mazec. Ta byla jak trenér amerického
fotbalu. Snažila se a někdy ty sportovní máe až hrotila, aby lidi hnala k vyšším výkonům. Když
to vezmu zpátky, spousta lidí to určitě vadilo, ale já jsem to měl docela rád, když někdo podnícoval
soutěžit a boj (samozřejmě ve stylu fair play)...“

Pozitiva pohybových programů

„...už to asi padlo v rozhovorech mnohokrát, ale určitě je to vystoupení z rutiny, a jsou
to již pohybovky v tlocvičně vedle ve vsi, nebo všechny možné výjezdy a zátech žovky. Každý opouští
baráku za účelem jiným než pracovky je fajn a pro většinu z nás určitě pozitivní...“

„...mám třeba fakt pomáhají ranní rozcvičky, protože jak mi dost bolí záda, ráno
rozpohybuju to svůj líný ztuhlý tloc...“

„...na rozdíl od většiny chlapů ani nevdám ta Danina zumba. My se tam s Emilem
dokážem docela dobře vyblbnout...“

Negativa pohybových programů

„...žádný mi nenapadají. I když jsem ten gaušák, vždycky se zvednu a jdu. Snažím
si ve všem najít už třeba nějaký pozitivum, abych se nad to líp povznesl. Ono to co mě čeká až odejdu
z komunity, bude zdaleka horší, takže si tady nemám objektivně naštět žovat...“

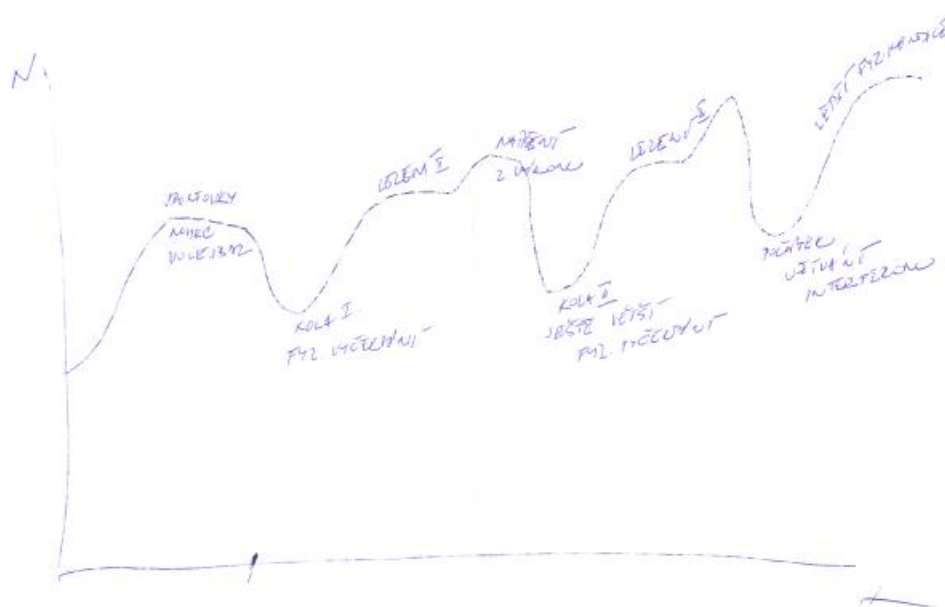
Možnost, jak pohybové aktivity užít sobě, aby byly obecně přijímány lépe?

„...cokoli co se na lidi je obecně těžko přijímané. Nařízené jsou tu rozcvičky, týdenní
pohybovky, nařízená je účast na výletech i výjezdech. Důležitý je asi o všem na skupinách mluvit
a nějak to vydiskutovat, aby to lidi sami chápali jako přínos sobě...“

„...stejně je na těch akcích pak sranda, lidi se baví, i když před tím mají plnou pusku. To je prostě
komunitní kolorit, neustále v něm němu vystupovat, odporovat, diskutovat...“

7.6.3 Situa ní k ivka

Obr. 10: Situa ní k ivka Filipa



F: „Na sportovkách m baví turnaje, zkoušeli jsme nohejbalové a volejbalové. Není to ani tak o výkonech, i když se samoz ejm hodn sout ží a lidi se i pohádat zvládnou. Ping-pong je pro m hodn o tréningu st ehů a o koordinaci pohyb , s tím mám trochu problém. Na druhou stranu rád si chodím zahrát t eba i jen s Emilem, snažíme se trochu pilovat techniku, jestli se tomu dá p i našem amatérismu tak íct. Na Emilovi je znát, že byl d ív velký sportovec, je hecí a strhává m docela k výkon m.“

F: „ Kolo mám rád, protože spojuju p íjemné s užite ným, protáhnu se, ud lám n co pro svoje zdrchaný t lo a ješt se na výletech pokochám.“ Dost m štvou lidi, kte í ty výlety sabotujou z principu, n co se jim po ád nelíbí, ale když se zeptáš, co se jim nelíbí a co by jako bylo dobrý ud lat jinak tak jen ml í, nebo odchází. Nejsem na tom fyzicky nejlíp, samoz ejm , že m to cé ko (žloutenka typu C – pozn.autorky) dost limituje, m l bych mít i trochu šet ící režim, ale i ty kola se nakonec dají dát dost na pohodu, i když já jsem tedy fyzicky hodn vyš avenej“

F: „Na skalách nejsem zrovna premiant, jsem na lezení dost t žkej a neohrabanej, ale neodrazuje m to. Je to, asi tak jak u v tšiny z nás, o n jakým posouvání hranic a limit , o tom že lov k se má za co pochválit a íct, jsem fakt dobrej, že jsem to dokázal...“

F: „ Asi bych m l zmínit, i když už jsem to tam nenakreslil relaxace. Jasn , že to není pohyb v tom výkonovém smyslu slova, ale je pravdou, že hodn lidí tady z relaxací velmi profituje. 20minut Jacobsena (Jacobsenova progresivní relaxace – pozn. autorky) je leckdy víc než rocvi ka. Hodn z nás tu trpí, nebo trp lo takovou tou mimovolní vykrouceností, kdy lov k d lá pohyby a gesta, který fakt nejsou normální. Jak ty lidi vidím po ád dnes a denn , n kolik m síc , tak n kdo se t ch pohyb už skoro zbavil, což je podle m úžasný...“

7.6.4 Souhrn a zajímavé momenty rozhovoru

Filip je jedním z nejstarších členů komunity. Sportovní a pohybovou aktivitu bere opravdu jako jednu z nikoli marginálních podob terapie. I když sám připouští, že není nikterak frenetickým sportovcem a volný čas rád tráví nad knihou, pohybové aktivity považuje za tvárný element skupinového soužití komunity. Filip spolu s Emilem byli organizačními aktéry komunitních sportovních akcí, dobře se v této činnosti doplňovali. Filip se sám v rozhovoru označil za leadera a tahouna, je zcela zjevné, že skutečně ví v sílu skupinového dění a snaží se o tom více i méně úspěšně přesvědčit i ostatní osazenstvo komunity. Pokouší se i často sám jít skupině příkladem, hledá i v méně populárních režimových pohybových aktivitách pozitiva, rád o nich s ostatními členy komunity diskutuje a skupinu se snaží strhnout v přesvědčení. Na Filipovi je sympatické, že své limitované výkony a občasné nezdary (s ohledem na svůj fyzický stav ovlivněný reaktivní HVC) bere s nadhledem, na svůj zdravotní stav se nevymlouvá a za fyzické limity se neschovává. Dležitě je pro něj především pobavit se, vyzkoušet něco nového a posouvat se v poznání. Na rozdíl třeba od Emila nevzbuzuje dojem, a ani se nesnaží nikterak naivně přesvědčovat, že sport je pro něj cesta osvobození od užívání a nalezení psychického i fyzického uspokojení v pohybu. U Filipa je ale opravdu uvěřitelné, že sportovní a pohybové komunitní aktivity jsou pro něj velmi důležitým prostředkem k psychosociální aktivizaci.

7.7 Ohnisková skupina

Ohniskové skupiny se zúčastnilo celé osazenstvo terapeutické komunity, včetně t. 13 klientů. Ohnisková skupina trvala 70 minut³⁶. Účastníci byli na počátku seznámeni s pravidly průběhu ohniskové skupiny, která jsou podrobně popsána v kapitole 7.3.4. Všichni účastníci podepsali před začátkem skupiny informovaný souhlas a byl jim vysvětlen účel konání skupiny. Nosná témata pro semistrukturovanou skupinu byla motivace, soutěživost, oblíbenost, přínos, úskalí.

Přepis rozhovoru ohniskové skupiny je v příloze 11 rigorózní práce.

Ohnisková skupina se ukázala být jako dobrý nástroj pro zkoumání jednotlivých názorů, postojů a hodnot klientů ve vztahu k pohybu a sportu. Předloženou hodnotou je přinášení nových myšlenek a nápadů, jak sportovní/pohybové aktivity oživit, přiblížit v těšinu nadšení skupiny. V rámci triangulace výzkumu byla výbornou doplňkovou metodou jednotlivým individuálním rozhovorem, nebo pomohla prohloubit i osvětlení některých jevů ve skupině (v těšinu se jedná o paraskupinové jevy, jako například vztahy, náklonnost, sympatie a tedy v těši ochota ke sdílení společných sportovních aktivit). Ohnisková skupina zachytila jevy především sociálních a subkulturních aspektů (umění sportovat „na zelené louce“ vs. nezbytnost dobrého, i spíše špičkového vybavení pro podávání dobrých výkonů, dialogům a sporům o to, zda-li existují více ženské i mužské sporty a zda-li není „pod úroveň“ těch opačných se daných aktivit účastnit) a rozhodně ukázala na vnímání osobní činnosti na utváření postojů k účasti v kontextu pohybové aktivity. Ohnisková skupina byla velmi svobodnou platformou ke sdílení pocitů, dojmů a názorů i pro ty jednotlivce, kteří by jiné formy výzkumného šetření (a již rozhovory i dotazníkové šetření) odmítli, i považovali za nepřijatelné.

³⁶ Přepis průběhu ohniskové skupiny je již po redukci

8 VÝSLEDKY

Na základ poznatk z uskute ných rozhovor vznikly následující kategorie, které interpretují a popisují zkušenosti s pohybovou terapií a subjektivní náhled jejího vliv na léčbu a v etn pohledu respondenta na vlastní zdravotní stav.

- 1) Minulá zkušenost;
- 2) Odpor a vzdor;
- 3) Motivace a podpora;
- 4) Limity a omezení;
- 5) Zm na;
- 6) Náhrada;
- 7) Podmínky;
- 8) Sebezap ení;
- 9) P ání a touhy.

Jednotlivé kategorie jsou rozd leny ještě do dalších subkategorií, které detailn ji charakterizují i dopl ují jednotlivé kategorie. Skute nost, že danou subkategorii/fenomén respondent zmínil, hlásí se k n mu i má s ním n jakou zkušenost je v následujících tabulkách vyzna ena k ížkem. U ohniskové skupiny jsou ne všechny kategorie/fenomény na skupinu uplatnitelné (tak aby korektn reflektovaly jednotný názor skupiny/celku), proto aby bylo jasné rozlišitelné, kdy kategorie fenomén pro skupinu neplatí a kdy se k tomu nevyjád ila, je pro stav „neplatí“ v tabulce NA

Ad1)

Tab. 2 Kategorie Minulá zkušenost

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	OS ³⁷
D tství	x	x	x	x	x	x	x
Aktivní sportovec	x	x		x	x	x	NA
Pohyb p i sou asném užívání	x	x	x	x	x	x	NA
P edchozí léč by	x		x	x		x	NA
Negativní zkušenost			x				NA

Ad2)

Tab. 3 Kategorie odpor a vzdor

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	OS
Nelibost	x	x	x				x
Nemoc/nemohoucnost			x		x	x	NA
Interpersonální problémy	x		x	x			x
Programová/bezd vodná revolta	x		x	x			x

³⁷ Ohnisková skupina

Ad3)

Tab. 4 Motivace a podpora

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	OS
Sociální interakce	x	x	x	x	x	x	x
Soudržnost	x	x	x	x	x	x	x
Rozvoj	x	x		x	x	x	x
Vztahy (partnerské)		x				x	NA

Ad4)

Tab. 5 Limity a omezení

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	OS
Psychické obtíže							NA
Zdravotní obtíže			x		x	x	NA
Medikamentózní léčba			x		x	x	NA
Vybavenost	x	x	x				x
Nabídka aktivit	x		x	x	x		x

Ad5)

Tab. 6 Změna

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	OS
Deformalizace	x	x	x	x	x	x	x
Duševní odolnost	x	x		x	x	x	x
Útok ze stereotypu	x	x	x	x	x	x	x
Zlepšení zdravotního stavu	x	x	x	x	x	x	x

Ad6)

Tab. 7 Náhrada

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	OS
Prožitek	x	x	x	x	x	x	x
„Bezpečné“ riziko		x	x	x	x		x
Smysluplnost trávení volného času	x	x		x	x	x	x
Opojení	x	x		x	x		x

Ad7)

Tab. 8 Podmínky

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	OS
Komunitní režim	x	x	x	x	x	x	x
Klimatické podmínky	x		x	x			x
Finance	x	x	x	x			x

Ad8)

Tab. 9 Sebezap ení

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	OS
Bolest		x			x	x	NA
Trp livost	x			x	x	x	NA
Nesoulad		x	x	x			x
Nechu /neochota			x				

Ad9)

Tab. 10 P ání a touhy

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	OS
Život bez drogy	x	x	x	x	x	x	x
Nalezení vhodné alternativy	x	x	x	x	x	x	x
Uspokojení/dobry pocit	x	x	x	x	x	x	x
Pevný postoj k abstinenci	x	x	x	x	x	x	x

Jako centrální kategorie, tedy kýžený výstup kódování je **proces zm ny**. Ve vztahu k prvotn utvá eným kategoriím je ochota ke zm n ovliv ujícím faktorem se všudyp ítomnými riziky a omezeními (sebezap ení, podmínky, limity, odpor a vzdor...), jež mohou svým p sobením snížit míru p ínosu samotných aktivit. Tyto aktivity p edstavuje kategorie nová zkušenost, která je determinována motivací klient a vlastní organizací. Kategorie, která má možnost p edem ovlivnit prožívání dané zkušenosti, jsou p ání a touhy klient . Zjevn není p ekvapujícím zjišt ním, že tyto dva jevy podporované vnit ní motivací klient souvisejí s p edchozí zkušeností.

Autorkou formulovaná zakotvená teorie:

„Pohybová aktivita m že být u dlouhodobých uživatel návykových látek s reziduálními psychickými komplikacemi mediátorem zm ny, a již ve smyslu nalézání nových obzor , i návratu k d íve fungujícím mechanism m uspokojení, prost ednictvím déledob a systematicky budovaných prožitk . Je zcela nezbytné, aby pohybová aktivita/pohybový program byly jasn definované, všemi aktéry proveditelné, volené úm rn zdravotnímu stavu klienta a p edevším „p enosné“ z prost edí komunity do prost edí, kde se bude klient pohybovat po ukon ení lé by. Ochota podstupovat zm nu a v procesu zm ny setrávat je úm rná vnit ní motivaci (pohybový program jsem zvládnul(a) a pomáhá mi/je mi po jeho vykonání lépe a proto ho budu provád t dále) a vn jší podpo e okolí (okolí vidí mé úsp chy a dokáže je náležit ocenit).“

8.1 Shrnutí výsledk podle výzkumných otázek

Rigorózní práce se pokouší nalézt odpov di na následující výzkumné otázky

Jak ovliv uje pohybová terapie v terapeutické komunit individuální fyzickou a psychickou kondici?

Z výpov di jednotlivých respondent i z výsledk ohniskové skupiny je zcela patrné, že dopad pohybové terapie na obecnou kondici abstinujících uživatel je rozmanitý. Veskrze p evládá názor, že sport a pohyb má kladný vliv na fyzickou kondici, nebo respondenti v ase lé by v terapeutické komunit pozorují zlepšení fyzické zdatnosti, díky možnosti zažít a vyzkoušet nové sportovní aktivity jako nap . sla ování, lezení po skalách se dostávají k aktivitám, které

v minulosti nemli možnost zakusit a mluví o nových zkušenostech ve smyslu poznání „echo je to vlastně schopno“. Obecně se ke sportovním a pohybovým aktivitám staví respondenti, kteří mají více zkušeností a dříve aktivně sportovali. Tito často vyhledávají sportovní vyžití i vase osobního volna, nebo aktivity v rámci komunitního režimu jsou pro ně nedostačující i neplně uspokojující. Ve sportovních a pohybových programech hledají možnost vlastního uplatnění a seberealizace. Tito také vykazují zdaleka větší afinitu k substitutnímu chování – tedy touhy po nahrazování návykové látky pohybem. Není ale zdaleka tak jednoznačné, že by uživatelé dokázali plně kompenzovat *craving* pohybem.

Respondenti, kteří nebyli v léčbě poprvé, dle jejich slov, také značně ovlivnila předchozí léčba, ze které si odnesli nějaké zkušenosti, a již pozitivní i negativní spojené s určitými předsudky, i navzdorem a odporem. Obecně platí, že nabídka sportovního vyžití a kinezioterapeutických programů je v těchto terapeutických komunitách, než v léčebnách nemocničního typu.

Tém všichni respondenti mají pohyb a sport spojený s psychickým odpoinkem, odreagováním. Léčba v terapeutické komunitě je velmi psychicky náročná, krom vlastního se vypořádání s abstinencí a všemi obtížemi spojenými s dlouhodobým užíváním drog, klade velký důraz na zodpovědnost. Klienti jsou nuceni se o sebe postarat, vaří si, starají se o chod domu, včetně drobných oprav, o zahradu, zvířectvo apod. Především výlety mimo objekt komunity a výjezdní zážitkové programy jsou respondenty vnímány jako nezanedbatelný relaxační počin a odklon od relativně rigidního a stereotypního režimu každodenního komunitního dění. S tím je ale často spojený fenomén „úroku z komfortní zóny“, jistě omezení komfortu (např. spaní ve stanech, pod širákem, koupání se v řece apod...), což je mezi jednotlivými klienty vnímáno asi nejrozporuplněji (především mezi mužským a ženským osazenstvem komunity). Souhlasným stanoviskem všech respondentů je vnímání sportovních aktivit jako správně směřované energie. Fyzická náročnost tak vytváří rovnováhu energie jedince. Nejenže ji nasměruje správným způsobem, ale také pomáhá odbourat tu přebytkovou. Respondenti deklarující problémy s agresí potvrzují, že sport je jejich jediným způsobem, jak znovu dosáhnout rovnováhy.

Především z ohniskové skupiny vyplynula objektivní rozdílnost přístupu k pohybovým aktivitám (a tedy i resultující potenciální změna ve zdravotní kondici) je dána i pohlavím. Je to samozřejmě způsobem rozdíly v prožívání mužů a žen. Ženy jsou ve zdaleka vyšší míře závislejší na emocionálním prožitku, je pro ně důležitá i vizuální stránka, tedy aby u toho dobře vypadaly. Není-li jim toto umožněno, aktivit se spíše zříkají i se k nim staví ambivalentně. Muži jsou hnáni potřebou podat výkon, soutěžit a zvládnout riziko. U všech je ale zcela nezbytné, aby se dokázali vyrovnat s případným neúspěchem. Muži často zlehčují své pocity, projevení emocí je považováno za formu slabošství, proto také často jdou do přímých konfrontací. Nespornou výhodou terapeutických komunit je jejich malý počet členů (oproti skupinám v léčebnách závislostí nemocničního typu) a intenzivní vzájemná (skupinová) reflexe a vyhodnocování probíhajících aktivit.

Lze kvalitativně /semi-kvantitativně postihnout proces zlepšování zdravotní kondice vase léčby v terapeutické komunitě?

V průběhu rozhovorů byli respondenti dotazováni, zda-li zaznamenali změny ve zdravotním stavu vase léčby v terapeutické komunitě. Jak vidno z tabulky 2, z pohledu fyziologických projevů všichni respondenti trpěli anorexií, která v průběhu abstinence ve všech případech zcela vymizela, z psychiatrických symptomů pak všichni zaznamenaly stavy strachu a/nebo paniky, které také vase abstinence zcela vymizely. Symptom naopak dlouhodobě

p etrvávající je vnit ní nervozita. Nicmén , všichni respondenti v rozhovorech shodn potvrdili, že pohybové a sportovní aktivity jim od této tenze znateln ulevují. asto respondenty zmi ované byly pocity nezájmu o cokoli a pocity vlastní neschopnosti v ase užívání (Bea, Cilka, Dana, Emil, Filip), které se v lé b také upravily. U dlouhodobých uživatel metamfetaminu se velmi hojn vyskytují bolesti zub v d sledku zdevastovaného chrupu uživatel (Cilka, Dana, Emil, Filip). Uživatelé v lé b nesm jí užívat léky na bolest, nebo jen ve velmi od vodn ných p ípadech. Ze shodných odpov dí respondent vyplynulo, že jakákoli fyzická aktivita od této bolesti, která není nesnesitelná, ale je dlouhotrvající, významn odpoutává.

Všichni respondenti zmi ují, že sport a pohyb vede k jakémusi mentálnímu p elad ní. Uvol uje emoce, odpoutává od p í in nap tí, suprimuje úzkost, percepši stresu a celkovou apatii. T lesné cvi ení aktivuje organismus a pozitivn ovliv uje reaktivitu na vn jší negativní podn ty. Dlouhodobí uživatelé pervitinu vykazují ješt po déle trvající abstinenci rezidua psychotických stav , což se projevuje i u t lesných cvi ení nap . horší schopností udržet déledob jší pozornost, nervozitou a nejistotou p i neúsp šných akcích. Uživatelé, díky dlouhodobé (asto n kolik let trvající) svalové tenzi vyvolané ú inky stimulancií, vykazují obdobné držení t la – kulatá záda, ochablé zádomé svalstvo, zkrácené prsní svaly, tzv. *horní zk ížený syndrom* a zkrácené kon etinové svaly. Díky tomu také n kte í respondenti zmi ovali chronické bolesti zad.

Pro lé bu v terapeutické komunit (na rozdíl od lé by v lé ebn nemocni ního typu) platí, že její klienti jsou pro lé bu a snahu abstinovat motivovan jší a mají znateln jší zájem o vlastní proces lé by. Je to i logickým vyúst ním skute nosti, že naprostá v tšina klient terapeutické komunity m la za sebou bezprost edn p edcházející lé bu v za ízení nemocni ního typu. I z tohoto d vodu se do program zapojují relativn iniciativn . Aktivita a angažovanost je zcela pochopiteln závislá na aktuálním psychickém stavu, odvíjejícím se od n kolika aspekt . Jedním z nich jsou rezidua prod lané toxické psychózy, další jsou pak stavy spíše afektivních obtíž (úzkostí), vycházejících z recentního rozpoložení. Z ohniskové skupiny vyplynulo, že klienti, kte í jsou v lé b kratší dobu a nejsou ješt zcela adaptováni na komunitní d ní mají tendenci zapojovat se do programu mén , nebo se jí dokonce pokouší vyhnout. Tento fenomén není dle výsledk ohniskové skupiny nikterak vázán na pohlaví, v k í závažnost komorbidních psychiatrických stav – souvisí spíše s vlastní nejistotou a pevností jejich postavení, p ípadn (ne)respektem v komunitním spole enství. Je-li pohybový program atraktivní – v tšinou jsou to výjezdní zát žové akce, je míra aktivovanosti velmi vysoká. Pokud se klient m v provád né pohybové aktivit n co nepozdává, mají tendence odmlouvat, verbáln vysv tlovat d vody svého chování.

Mezi pohybové aktivity v komunit lze doazajista za adit i relaxa ní cvi ení, kam pat í i již d íve zmín ná *Jacobsenova progresivní svalová relaxace*. Tato relaxa ní aktivita byla opakovan klienty zmi ována jako významný terapeutický prvek pro kompenzaci katatonních forem chování, toliko typických pro dlouhodobé uživatele metamfetaminu. Jedná se p edevším o pohybové automatismy (stereotypie gest, grimasování). V pr b hu jednotlivých rozhovor í p i ohniskové skupin klienti na tuto formu relaxace poukazovali s odkazem nejen na subjektivní zlepšení zvládání p edevším nev domého grimasování, ale došlo i k objektivnímu potvrzení leny skupiny navzájem, nebo tyto jevy jsou snadno pozorovatelné a úbytek jejich projev je snadno zhodnotitelné vn jším pozorováním.

Tab. 11 Modifikovaný dotazník symptom z validizovaného dotazníku MAP³⁸. První odpov je na otázku, zda-li se p íznak v minulosti alespo jednou vyskytnul, druhá odpov (s hv zdi kou*) zda-li p íznak p etrvává, resp. vyskytoval se ještě v ase rozhovoru.

<i>Symptom</i>	<i>Alex</i>	<i>Bea</i>	<i>Cilka</i>	<i>Dana</i>	<i>Emil</i>	<i>Filip</i>
Nechutenství	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*
Únava/vyčerpání	NE/NE*	NE/ANO*	NE/NE*	NE/NE*	NE/ANO*	NE/ANO*
Pocit na zvracení	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*
Bolesti žaludku	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	NE/NE*
Bolesti zad	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*
Obtíže s dechem	NE/NE*	NE/NE*	ANO/ANO*	NE/NE*	NE/NE*	ANO/ANO*
Bolesti kloubů/kostí	NE/ANO*	ANO/NE*	NE/ANO*	ANO/NE*	NE/ANO*	ANO/ANO*
Bolest svalů	NE/NE*	NE/NE*	ANO/ANO*	NE/NE*	ANO/ANO*	ANO/ANO*
Necitlivost/brnění končetin	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*
Chvění/třes	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*
Bolest zubů	NE/NE*	NE/NE*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*
Náhlé vyděšení bez důvodu	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*
Pocity napětí	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/ANO*	ANO/NE*	ANO/ANO*	ANO/NE*
Vnitřní nervozita	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*	ANO/ANO*
Pocit strachu nebo paniky	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*
Pocit beznaděje z budoucnosti	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*
Pocit vlastní neschopnosti	ANO/NE*	ANO/NE*	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*
Pocity nezájmu o cokoli	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/ANO*	ANO/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*
Myšlenky, že by bylo lepší skončit se životem	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*
Pocity samoty	ANO/NE*	NE/NE*	ANO/ANO*	NE/NE*	ANO/NE*	ANO/NE*

Jakým zp sobem ovliv uje skupina jednotlivce v pr b hu pohybové terapie?

P edevším z ohniskové skupiny jednozna n vyplynulo, zjišt ní, že vliv skupiny na jednotlivce je nejpatrn ější na výjezdových akcích a zát žových programech. Zážitek z p ekonání sebe samého má pozitivní vliv na sebed v ru jednotlivce. Ten je schopen samostatnosti, nezávislosti, umí si dob e rozvrhnout síly. Tím, že uvažuje sám nad sebou a svými limity, nestaví do rizika a ohrožení ani ostatní leny komunity. P edevším skupinové zát žové akce v p írod vyvolávají zájem jednotlivých klient ů o své okolí, po letech strávených aktivitami výhradn soust e ujícími se na opat ení a zajišt ní drogy vidí sv t multidimenzionální a polychromaticky. Možnosti nových zážitk , pocit vlastního vít zství nad sebou, probouzí v klientech zv davost a motivaci k dalšímu p ekonávání a poznávání sama sebe. Vypjaté situace na zát žové akci nabízejí klient m konfrontaci s jejich schopnostmi solidarity, spolupráce, zodpov dnosti. V kontextu závislosti jeden na druhém jsou si najednou bližší, stírají se mezigenera ní hranice, také vztahy mezi klienty a terapeuty ubývají na formálnosti. Fyzické limity zrovnopráv ují klienty a terapeuty, což je pro vlastní motivaci a potenciál k dalším výkon m také nesmírn d ležitě.

³⁸ Maudsley Addiction Profile

Skupinové zážitkové programy jsou s úspěchem využívány u psychických poruch, které mají jednoznačnou souvislost s deprivací jedince v prožitkové sféře. Deprivace v prožitku je zcela typická pro dlouhodobé uživatele opiátů – klienti sami o svých emocích mluví jako o „zamrzlých“ a je velmi častá u jedince s dlouhodobou reziduální psychotickou poruchou. Ve zmíněných aktivitách de facto o substituci prožitku pro společnost nežádoucím, prožitkem, jehož forma je pro společnost přijatelná. Velkou roli při zážitkových situacích hraje strach a potěšení jeho překonání. Právě stav překonání „přesmyknutím“ astenického strachu ve stenický vertiginální prožitek je pro klienty nesmírně důležitý a posouvá hranice jejich sebevědomí a motivuje je k dalším výzvám a výkonům.

Rozhodně velmi pozitivní jev je vzájemné působení klientů mezi sebou, vztahy mezi nimi jsou jasnější, všichni jsou v tónu na úrovni svých fyzických a psychických sil, a tak už nemají sílu se přetvářet a hrát si na něco, stávají se sami sebou, a tak se mohou i lépe poznat. Ideálním výsledkem vlivu skupiny je pak skutečnost, že se daná forma pohybové/sportovní aktivity klientovi zalíbí a má chuť a tendenci ji provozovat i nadále a třeba soustřeďovat své snahy i na zpevnění, jak se těchto aktivit zhostit i v době, kdy opustí komunitní zpevnění života.

9 DISKUZE

V rigorózní práci se autorka zabývala hledáním vztahu mezi pohybovými aktivitami v léčbě v terapeutické komunitě a případnými změnami zdravotního (fyzického i psychického) stavu u dlouhodobých uživatelů návykových látek. Oproti jiným výzkumným pracím se nezabývá srovnáváním programů léčebných zařízeních i kvantifikací výsledků jednotlivých programů, ale nabízí kvalitativní výstup v podobě subjektivního pohledu klientů nejmenované terapeutické komunity na pohybové aktivity, jakožto součást léčebného režimu. Výsledky této práce vychází jednak z provedených rozhovorů a jednak z výsledků dlouhodobého pozorování klientů a komunitního dění v rámci opakovaných stáží autorky v dané terapeutické komunitě.

V úvodu diskuze by autorka ráda shrnula situaci a podmínky pro pohybové aktivity v komunitě a zhodnotila jejich úskalí a pozitiva.

Pohybová aktivita je v rámci léčby v terapeutické komunitě pevně zakotvena v denním režimu. Každý den kromě neděle začíná ranní 20ti minutovou rozcívkou. Klienti mají dvakrát týdně odpoledne od 15:00 do 17:30 hodin tzv. sportovní odpoledne, které v nutném případě kolektivním sportem, jejichž charakter je vázán na počasí, tj. v případě příznivého počasí hrají fotbal, nohejbal, volejbal na obecním venkovním hřišti (toto sportoviště není součástí areálu terapeutické komunity), v případě nepříznivého počasí se aktivity odehrávají v tělocvičně školy v sousední vesnici. Dvakrát v týdnu je v programu ukotven tzv. *čas pro osobnostní rozvoj* o délce trvání 90 minut. Tento časový slot klienti mohou využívat k individuálním sportovním aktivitám. Přímo v objektu terapeutické komunity mají klienti k dispozici stůl na stolní tenis, místnost s posilovacím a cvičebním nářadím (tj. i posilovací stroje, tři páry jednoručních činek a dva rotopedy), v majetku terapeutické komunity je 12 trekkingových jízdních kol. Klienti v raných fázích léčby (0. a 1. fáze) nemohou opouštět objekt terapeutické komunity, v pozdějších fázích (2. a 3. fáze) již mohou využívat kola k projížďkám v okolí, nebo mohou chodit na procházky i bez hat. Vedle pohybových aktivit, fixně zakotvených v denním programu, klienti, kteří nejsou na víkendových výjezdech mimo komunitu, vyráží v rámci osobního volna na společně organizované výlety. V neposlední řadě jsou součástí komunitního dění tzv. výjezdní, nebo zážitkové akce. Přibližně třikrát do roka klienti vyjíždí na týdenní zážitkové akce (např. výlety s lezením na skalách, sjíždění korytek, akce na březích).

Zahraničními (zámořskými) programy komunitního typu (Sober College Rehab Centre, River Oaks Treatment Centre, Townsend Treatment Centres, internetové zdroje) využívají více individuálního přístupu ke klientům. Klient je po celou dobu léčby pod dohledem sportovního terapeuta, který staví „na míru“ individuální pohybové programy, upravuje je dle potřeby klienta a dosažené výsledky systematicky hodnotí a porovnává s výsledky ostatních klientů. Tento model staví více na kompetenci klientů mezi sebou, což má vést k vyšší motivaci a snaze o dosahování lepších výsledků. Fyzická zdatnost je základem pro ty základní (jádrové) kompetence jako například, jak bojovat nejen proti závislosti na návykových látkách, ale i s problémem saturace internetovými médii v životě dospělých a jejich vlivu na fyzickou aktivitu a duševní zdraví. Týmové pohybové aktivity jsou také součástí programu, klienti mají možnost hrát míčové hry (basketball, floorball, fotbal, softball a lacrosse). V léčebném programu hrají nezastupitelnou roli i outdoorové aktivity a výjezdní akce do přírody, stejně jako v českých komunitách jsou velmi populární akce sjíždění korytek, slalakování a lezení po skalách.

Nicméně, z uvedeného výčtu aktivit v testované komunitě je patrné, že klienti terapeutické komunity si na nedostatek možností k pohybovým aktivitám nemohou stěžovat, přesto je zde několik,

nikoli bezvýznamných, úskalí. První svízel je v omezenosti sportovního vybavení a pístupu ke sportovištím. Na rozdíl od nemocnic zařízeních (dříve léeben, dnes psychiatrických nemocnic zaměřených na léčbu závislosti), jejichž organizátorem je stát či kraj a sportoviště bývají součástí nemocničního zařízení, jsou terapeutické komunity neziskové organizace, s velmi limitními finančními prostředky pocházející z dotací, grantů i darů. S ohledem na skutečnost, zmíněné finanční prostředky musí pokrývat vše: od hmotných nákladů určených na péči o ubytovací objekt, jeho zařízení a jeho chod, po zdroje předepsané pro vlastní terapeutickou činnost. Finanční prostředky, které by mohly/mohly být využity na zařízení i obnovu sportoviště a sportovního vybavení, jsou limitované a při rozdělování celkových peněžních zdrojů, určených pro chod terapeutické komunity, celkem pochopitelně upořádány v žebříku existenčních priorit. Klienti pro pohybovou aktivitu tedy, vedle relativně skromných vlastních zdrojů, mohou využívat obecní hřiště a tělocvičnu základní školy ve vedlejší obci. Zmíněné zázemí se pro systematické a cílené provádění pohybové aktivity jeví jako akutní nedostatek.

Druhým, neméně závažným aspektem je, že veškerá pohybová aktivita je prováděna bez dozoru sportovního terapeuta (profesionála vyškoleného v oblasti sportu a pohybových aktivit). Toto úskalí autorka práce shledává jako alarmující například při pohybové činnosti klient prováděné v komunitní místnosti určené pro posilovací aktivity. Nesprávné provádění cviků na posilovacích strojích bez patřičného osvětlení provádění cviků může vést k poškození zdraví a působit spíše než pohybov – terapeuticky, zcela kontraproduktivně. Spíše než cvičení na strojích bez patřičné kontroly odborným sportovním terapeutem, by autorka doporučila využívat pomůcky (nikoli finančně nedostupných) jako jsou podložky, míče, bosu, balanční podložky, švihadla, obruče atd. Autorka se zamýšlí nad skutečností, že klienti, iasto po letech sportovní a pohybové nečinnosti, mají dosti úpornou touhu a motivaci k rychlým „estetickým“ změnám. Laickou skladbou cvičení, zaměřením, intenzitou a povahou cviků směřující ke snaze o vylepšování vzhledu bez elementárního povdomí o správnosti provádění cviků. Kde jinde než u pacientů dlouhodobě bojujících s vlastní psychickou nerovnováhou, disharmonií by se mělo začít pracovat, spíše než s kultem těla, v duchu převládající filozofie fitness vycházející ze starořeckého pístupu kalokagathia(?). Organizované úsilí spočívající ve vytváření vhodnějších podmínek pro systematickou a cílenou pohybovou činnost směřující k rovnovážnému pístupu ke cvičebním aktivitám, by jednoznačně optimalizovalo celkové terapeutické výsledky. Klienti by mohli být i teoreticky připraveni, znalost a pochopení cvičebních programů by jim usnadnila orientaci v cílech, kterých by rádi při cvičení dosáhli a mohla tak zvýšit i motivační potenciál. Za předpokladu, že by klienti cíleně dodržovali pohybové programy, je reálná šance, že by ve svých návycích mohli pokračovat i po ukončení léčby v terapeutické komunitě.

S odkazem na detailně zpracované a odbornou veřejností respektované programy Sober College (Sober College, internetový zdroj) je pro smysluplné provádění pohybové terapie zcela nezbytná participace sportovního terapeuta, který dohlíží na správné provádění terapie, indikuje terapii úměrně aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta a řeší s ním případná rizika a benefity terapie. Dlouhodobé užívání návykových látek má rozsáhlý dopad nejen na úroveň fyzické kondice, ale i na spánek, cirkadiánní rytmizaci a nutriční hospodářství organismu. Harmonizace všech způsobů terapie závislosti s důrazem na spánkovou hygienu a stravovací návyky je nezbytným předpokladem úspěchu komplexní adiktologické léčby.

Možným řešením v lokálních podmínkách by mohla být vzájemná spolupráce s obdobnými zařízeními (terapeutickými komunitami) v rámci organizace sportovních akcí, sdílení praktických zkušeností z jednotlivých pohybových aktivit a cvičebních programů. Není bez zajímavosti, že takovéto „workshopy“ již poměrně dobře a zavedeně fungují v oblasti kulturní a společenské (divadlo a hudební akce).

V rámci skupiny terapeutické komunity se stává rozmanité obsazení. Vase výzkumu skupina itala sedm žen a šest muž ve v kovém rozmezí 18 – 39let. Ve skupin se setkávali bývalí vrcholoví sportovci (reprezentantka v ploutvovém plavání, hokejista) i jedinci, kte í pohybové innosti ve svém život p íliš mnoho asu nev novali. V tomto rozli ném uskupení je p inejmenším obtížné nalézt takové společné aktivity, které by náležit uspokojili všechny zú astn é. Nicmén je vcelku p íjemn p ekvapující, že se komunit pom rn da í dospívat k názorovému konsenzu. Komunita je uskupení s demokratickými stanovami, o tom, co se bud dít rozhoduje výhradn osazenstvo komunity, nikoli personál. V tšinou domluva zní tak, že pokud se nyní bude hrát například fotbal, na úkor p ání menšiny, která chce hrát volejbal nebo vybíjenou, v p íštím sportovním odpoledni se aktivity prom ní, i když jsou stále p áním menšiny. Autorka na tuto skute nost upozor uje proto, že například Kropá (2013), který ve své práci sleduje pohybovou terapii v psychiatrických nemocnicích, uvádí, že pokud se skupina není schopna domluvit o finální podob charakteru pohybové aktivity, rozhoduje personál. Vase sportovních odpolední se též, na rozdíl od psychiatrických nemocnic, provozují pouze kolektivní pohybové aktivity, pro individuální cvi ení je prostor v ase „pro osobnostní rozvoj“. Toto aranžmá funguje na základ souhlasu všech len komunity. V lé ebkách jsou sportovní odpoledne koncipována tak, že každý se musí n jak hýbat, a již individuáln i v rámci kolektivních aktivit. Na to, zda pacient „cvi í i sportuje“ dohlíží personál (Kropá , 2013, Ková ová, 2015). V komunit personál na klienty nedohlíží, klienti sami dozorují své aktivity (je ustanoven vedoucí komunity, který je za chod a pr b h jednotlivých složek programu zodpov dný) a terapeuti vstupují do d ní jen v okamžiku kdy neshody komunita není schopna vy ešit vlastními silami. Toto uspo ádání samoz ejm nabízí prostor k možnému obcházení i ned slednému dodržování programu, p esto se tomu v naprosté v tšin , dle výpov dí len komunity i vlastního autor ina pozorování v pr b hu jejího p sobení v komunit , ned je. Komunita má tzv. samosticí schopnost, tedy ten, kdo není schopen se komunitnímu d ní p ízp sobit, je v prvním kroku komunitou upozorn n, pak se svým chováním na skupinových sezeních konfrontován a v krajním p ípad komunita rozhoduje o dalším setrvání rebelujícího lena v komunit .

Lé ebné programy p edevším ve Spojených státech kladou ve svých programech velký d raz na hledání a nalézání zp sob jak nejlépe eliminovat i potla ovat spoušt e (*trigger points*) a efektivn využívat as, který klienti v novali užívání návykových látek i k jejich zprostedkovávání. Vedle rozsáhlých psychoterapeutických program intenzifikují rekonvalescenci prost ednictvím systematické práce na obnovování fyzické kondice a zdravotní výchov . Zvyšující se fyzická zdatnost poskytuje klient m adu p ínos ň duševních i fyzických, v etn pomoci nabývání sebed v ry t žící z vlastních výsledk cvi ebních program . Naproti tomu evropská lé ebná za ízení (Rutland Centre, Aiseiri Centre, NortWest Ireland Treatment Centre) ve svých programech deklarují benefit spíše relaxa ní a medita ní formy terapie, než d raz na primární zvyšování fyzické kondice.

Z rozhovor dotazovaných respondent je patrné, že každý vnímá množství, kvalitu a intenzitu pohybové terapie jinak. Alex, Bea a Dana se k aktivitám staví pozitivn a další aktivity by uvítali, Cilka by rad ji nesportovala tém v bec. Emil byl velkou ást jeho p sobení v komunit lé en interferonovou lé bou, která má mnoho nežádoucích ú ink , projevujících se mj. zna nou únavou, což ho v pohybových aktivitách zna n limitovalo. P esto, jako bývalý aktivní sportovec, i s t mito negativními aspekty hrdinn bojoval. Filip se sám ozna il za „gau áka“, p esto se kolektivním pohybovým aktivitám nevyhýbá, naopak v nich shledává p ínos v podob psychosociálního aspektu. Hledisko p ínosu pohybových aktivit ke zlepšení fyzického zdravotního stavu není prost ednictvím retrospektivních rozhovor objektivn m íitelné. Tohoto nedostatku si je autorka samoz ejm náležit v doma. Pro objektivní zhodnocení stavu by bylo t eba provést

výkonové i zátěžové fyzické testy a klienta sledovat v dlouhodobém kontinuálním časovém horizontu. Ve snaze alespoň dílem objektivizovat byly sledovány některé fyzické symptomy (nechutenství, bolesti svalů, kostí/kloubů, obtíže s dechem, necitlivost/brnění končetin, pohybové automatismy) před nástupem do léčby a v průběhu rozhovoru. U všech klientů došlo k naprostému vymizení anorexie (nechutenství) v průběhu léčby v terapeutické komunitě. Není samozřejmě prokazatelné, že by úbytek nechutenství souvisel přímo a jen s pohybovou aktivitou, lze se ale domnívat, že tomu tak je v důsledku signifikantního navýšení fyzické zátěže v léčbě. V důsledku vymizení nechutenství u všech klientů též došlo k nárůstu hmotnosti (o 10-19%). Z hlediska progresu duševního zdraví došlo k jednoznačné eliminaci panických stavů a zlepšil se spánek u všech dotazovaných klientů. Opět, tyto jevy nelze přímo úinkem pohybové aktivity, nebo nelze prokázat jejich specifickou povahu.

Kde ale autorka sledovala zcela zjevnou souvislost mezi cílenou pohybovou aktivitou a redukcí i vyhasnutím symptomu je úbytek tzv. automatismů, neboli mimovolných pohybů a grimasování, typických pro dlouhodobé uživatele metamfetaminu. Klienti dvakrát týdně cvičí *Jacobsenovu progresivní relaxaci*. Tato aktivita trvá přibližně 20 minut a významné zlepšení v úbytku mimovolných pohybů je zřejmé již po 3-4 týdnech cvičení. Klienti úlevu pocítí již samozřejmě subjektivně, ostatní členové komunity objektivně hodnotí zlepšení u svých kolegů. Tyto automatismy jsou samozřejmě vizuálně velmi patrné a uživatelé metamfetaminu jsou na přítomnost těchto pohybů velmi citliví, nebo jsou neklamným poznávacím znamením dlouhodobých uživatelů. Někteří respondenti v rozhovorech zmínili, že si „*Jakobsena*“ cvičí i sami ve svém volném čase, nejen z důvodu získávání lepší kontroly nad automatismy, ale i proto, že cvičení představuje úlevu od některých bolestivých stavů například v oblasti očí, v důsledku hypermimické aktivity orofaciálního svalstva.

Některé kliniky (Smarmore, Ruthland Centre, Severní Irsko) mají ve svém terapeutickém programu dlouhodobě pevně zakotvené meditační techniky a techniky pracující se změnami stavu v domě. Výzkumy naznačily, že dlouhodobá meditační praxe je spojena se změnami klidového EEG, což naznačuje dlouhotrvající změny v mozkové aktivitě. Lazar et al (2005) vyslovili předpoklad souvislosti meditační praxe se strukturální změnou mozku. Prostřednictvím MRI prokázali silnější prefrontální kortikální tloušťku a zesílenou intenzitu aktivity oblastí spojenou s pozorností, interorecepcí a senzorickým vnímáním u dlouhodobě meditujících jedinců oproti kontrolnímu vzorku nemeditujících subjektů. Tyto údaje poskytly první strukturální důkaz pro kortikální plasticitu spojenou s meditační praxí. Zmíněné výsledky by mohly napomoci vysvětlení vyhasínání mimovolných pohybů po déletrvání provádění Jacobsenovy progresivní relaxace.

Ohnisková skupina poukázala na velkou důležitost budování koheze ve skupině. Z hlediska kolektivních sportovních/pohybových aktivit bývá přítomnost výrazných individualit problémem. Je s velkou výhodou, že na rozdíl od programů v léčebných zařízeních nemocničního typu, jsou členové komunity zahrnováni do procesu přijímání rozhodnutí. Dalším důležitým aspektem je, že se klienti učí přijímat zodpovědnost za výběr a realizaci pohybových aktivit. Klienti mezi sebou v průběhu léčby poznávají individualitu každého člena a učí se jí respektovat a využívat poznání k prohlubování a větší efektivitě spolupráce. Zátěžové aktivity vedou k pochopení závislosti jednoho na druhém a vytváření důvěry. Obdobný výčet zásad rozvíjení koheze družstva uvádí Carron et al (1997), tento výčet zásad vztahený ke sportovnímu dění v podstatě reflektuje vývoj a dynamiku skupiny v čase (Kožnar, 1992). Jednou ze základních podmínek, ale i znaků práce skupiny a důležitou charakteristikou skupiny, je skupinová atmosféra. Ukazuje na převládající náladu ve skupině, na emocionální ovzduší, klima skupiny jako celku. Dá se říci, že skupinová atmosféra je s celou skupinovou dynamikou úzce spjata a utváří ji. Toto je zcela patrné i při

kolektivních pohybových aktivitách. Komunita je semipermeabilní systém, klienti do ní přicházejí a odcházejí. Vase znatelnější obmny osazenstva je to znát i na skupinové atmosféře. Nejsou ještě jasné usazené sociální pozice ve skupině, sociální role (především spjaté s činností skupiny (role v děle), s vytvářením klimatu (emoční v děle, hecí, tahoun...)). Vase kdy je skupina pevně strukturovaná jsou i méně oblíbené a hě akceptovatelné aktivity, jako je například ranní rozvíka, zdaleka lépe akceptovatelné.

Malý počet respondentů v diplomové práci se autorka snažila vyvážit děkladností a značnou podrobností individuálních rozhovorů a zaazením ohniskové skupiny. Snaha o výčet fyzické a psychické symptomatologie před nástupem do komunity a vase rozhovoru nabízí alespoň kvalitativní rámec změny zdravotního stavu.

Jistým limitem se ukázala být zvolená metoda sběru dat. Autorka byla v průběhu výzkumu odkázána výhradně na rozhovor a retrospektivní pohled respondentů na období několika měsíců. Proto také byla zvolena metoda situační křivky, která není standardním metodologickým nástrojem (je v této práci *ad hoc* vytvořenou modifikací tzv. životní křivky). Ukázalo se ale, že klienti mnozí které události/zážitky, které si vybavují, zcela konkrétně dopomohly k popisu i vzpomínkám na další okolnosti a stavy i příznaky, které jim v průběhu rozhovoru asociovaly. Možnost opakovaného kontaktu s respondentem umožnila některé fragmenty výpovědi upravit i detailněji specifikovat.

Autorka si je též vědoma, že v práci nenabídla možnost explicitního srovnání pohybových aktivit s jinými léčebnými zaizeními (například psychiatrickými nemocnicemi). Důvodem není opomenutí jiných strategií léčby, ale nabídka pohledu výhradně na vlastní léčebný aspekt komunitního dění, kdy organizace a provádění pohybových aktivit je ve své podstatě plně v kompetenci klientů. Využívání principů skupinové koheze a tenze při kolektivních sportovních a pohybových aktivitách je optikou klientů nezpochybnitelným promotorem psychické rekonvalescence a osobnostního zrání.

ZÁV R

Předložená práce se v níže tématu pohybové aktivity, jakožto nedílné součásti programu léčby v terapeutické komunitě. Při výběru tématu autorka vycházela z opakovaných zkušeností s léčbou v terapeutické komunitě pro závislé v rámci studijních pobytů a stáží a snahy o hledání dalších efektivních terapeutických intervencí v kontextu léčebného kontinua.

Práce je formálně rozdělena na teoretickou a experimentální část. V teoretické části se autorka zabývá obecnými aspekty pohybové aktivity, jejími úkoly, hodnocením, doporučeními a diagnostikou. Na pohybovou aktivitu dále nahlíží jako na psychosociální fenomén, tedy především na její dopad na duševní zdraví, nahlíží na pozici pohybové aktivity v žebříku lidských hodnot a na rizika nevhodně prováděné pohybové aktivity. V kontextu pohybu jakožto léčebné složky pak zmíní pohybovou terapii v souvislosti s léčbou psychiatrických poruch, léčby závislosti a v léčbě duálních diagnóz. Pro pochopení léčebné modality terapeutické komunity v základu popisuje strukturování léčby v terapeutické komunitě, odbornou (psychoterapeutickou) komponentu léčby a v souvislosti prováděné pohybové aktivity v léčebném procesu v terapeutické komunitě. S ohledem na odkaz Jaroslava Skály, nestora léčby závislosti v české republice a velkého propagátora pohybu a sportu v praxi léčby autorka teoretickou část uzavírá otázkou, zda-li je možné/reálné na Skálův psychomotorický modul v léčbě závislosti dnes vůbec navázat.

Na teoretickou část navazuje část experimentální, v jejímž úvodu jsou zformulovány cíle a výzkumné otázky. Na tuto část navazuje poměrně rozsáhlý oddíl popisující metodu výběru výzkumného souboru, vlastní realizaci výzkumu (tj. metody získávání dat, metody zpracování a analýzy dat) a zmíní i etické aspekty výzkumné práce.

Experimentální část představuje rozbor šesti případových studií, které jsou doplněny tzv. situacemi k ivkám s komentářem respondenta a popis realizace a rozbor praxi ohniskové skupiny. Experimentální část se pokouší nalézt odpovědi na otázky, zda-li lze deklarovat vliv pohybové aktivity na změny fyzického a psychického stavu klientů, dlouhodobě se léčících v terapeutické komunitě a pokud ano, zda-li lze proces zlepšování nějak kvalitativně/semi-kvantitativně postihnout. S ohledem na další souběžně probíhající terapeutické intervence (psychoterapie, farmakoterapie) je velmi obtížné vyslovit domněnku o přímém a jednoznačném vlivu pohybových aktivit na změny zdravotního stavu, přestože respondenti kladný vliv pohybovým aktivitám rozhodně popisují. Jako zcela nejzásadnější se ovšem jeví skutečnost, že pohybové aktivity (nejen v této konkrétní terapeutické komunitě) jsou, na rozdíl od jiných terapeutických aktivit nestrukturované, nespecifické a prováděné značně nesystematicky a laicky.

Součástí prezentovaných výsledků je i přehled symptomatologických projevů, které jsou pro dlouhodobé uživatele návykových látek typické a které se v praxi léčby v terapeutické komunitě nějakým způsobem sásem m nily. Je zcela zřejmé, že zvýšená pohybová aktivita přispívala k vymizení příznaků anorexie (nechutenství) a tedy i váhovým přírůstkům u klientů, dlouhodobě užívajících stimulantia. Dále je klienty opakovaně zmínována relaxační technika tzv. Jacobsenova progresivní relaxace, jejíž déleodobější cvičení má za následek objektivní úbytek katatonních forem chování (automatismy, grimasování).

Léčba v terapeutické komunitě je postavena na skupinové dynamice a interakci, proto je vliv skupiny na výkonnost a motivaci jednotlivce v experimentální části také zkoumán. Skupinové fenomény se projevují především v zážitkových a zážitkových programech. Ve zmíněných aktivitách de facto o substituci prožitku pro společnost nežádoucím, prožitkem, jehož forma je pro společnost přijatelná. Velkou roli při zážitkových situacích hraje strach

a potěba jeho překonání. Právě stav překonání „přesmyknutím“ astenického strachu ve stenický vertiginální prožitek je pro klienty nesmírně důležitý a posouvá hranice jejich sebedůvěry a motivuje je k dalším výzvám a výkonům.

Nikoli nepodstatnou komponentou skupinově zaměřených sportovních pohybových aktivit, u nichž je kladen důraz na dodržování jasných pravidel, je možnost prožití řádu a spravedlnosti a uvědomění si řádu jako jistoty. Dle Coakleyho (2015) se sportovní aktivity z hlediska socializačních účinků projevují zejména v kontextu příležitosti provokat a rozvíjet jedincovu schopnost a identitu i mimo rámec sportu: formováním nových vztahů, poučením, jak sportovní/pohybovou zkušenost možno využít i v jiných oblastech života a šanci být kompetentní, zodpovědný a uznávaný i mimo úzký rámec sportovní aktivity. Setrvávání v přesvědčení abstinence, příjetí režimu a životního řádu spolu s postupným znovunabýváním sebeúcty a nalézáním vlastní identity je podmínkou nutnou, nikoli dostačující k úspěšnému návratu do normálního života. Pohybové aktivity se ukazují být jedním z možných „mediátorů“ úspěšného návratu.

Emocionalita sportu – soutěžnost, nejistota sportovního výsledku a zastoupení herních prožitků dovoluje svobodný a bezpečný projev, emocionalita je u závislých jedinců potencionována a často dlouhá léta jen užíváním psychoaktivních substancí. Dlouhodobí uživatelé psychoaktivních látek mají nedostatečnou schopnost přijmout a identifikovat vlastní emoce, V. Casriel (1965) se o alexythimii toxikomanů vyjádřil jako o stavu „zamrzlých emocí“. Emocionální katarze, odreagování, energetizace organismu při pohybu a sportu jsou, vedle vlastních biologických efektů pohybu (svalová činnost), prostředkem jak zvyšovat kvalitu života. To je bez diskuse dalším obrovským benefitem pro uživatele, hledající cestu k životní změně.

Jestliže autorka zmínila odkaz doc. Skály je třeba uvést, že Skála byl prvním a také posledním lékařem/terapeutem, který systematickou a dlouhodobou pohybovou (či spíše sportovní) aktivitu v léčbě strukturoval a pracoval s výsledky jednotlivých pacientů, což mohlo (a vedlo) k jednoznačné objektivizaci terapeutického dopadu a potenciálu. čím dál v tšší povědomí o širším kontextu závislosti a neustálou potřebou pojmenovávat a lépe porozumět a definovat diagnózy (nejen medicínské, ale i sociální) jsou asné odborníky v léčbě závislosti mže vést (a často vede) k hyperprotektivitě pacienta/klienta a přílišnému zohlednění subjektivně interpretovaného zdravotního stavu na úkor objektivní vážnosti obtíží. Výsledky pacientů od Apolináře ze 70./80. let mohou vzbuzovat takřka kacířský dojem, že doc. Skála, tak jak zmiňuje ve svých zápiscích z Apolináře vlastně pracoval se „skoro zdravými lidmi“. Kdo z dnešních klientů/pacientů je vbec schopen za 13. týdenní pobyt v léčbě nabít stovku kilometrů? Pravdou je, že do terapeutických komunit přichází pacienti už poměrně stabilizovaní, komplikovanou detoxifikační fází mají za sebou a je spíše o vli a cestě nalézt způsoby, kterak pohyb do léčby cíleně a systematicky a s profesionální terapeutickou podporou implementovat.

„Má lékařská kariéra byla během na dlouhou trať, maratónem sui generis. Celý život jsem v noval jedné disciplíně – léčbě závislosti. A jako ecký posel Feidippides jsem tuto disciplínu absolvoval jako ten první.“

J. Skála, Lékař v maratónu

POUŽITÁ LITERATURA

- [1.] Bartková, S. (2006). *Fyziologie lovka a tělesných cvičení*. Praha: Karolinum.
- [2.] Biddle, S., Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and intervention*. London: Routledge.
- [3.] Blair, S. N., Cheng, Y., Holder, J. S. (2001). Is physical activity or physical fitness more important in defining health benefits? *Med.Sci. Sports. Exerc.* 33(6 Suppl): S379-99; discussion S419-20.
- [4.] Blažek, B., Olmrová, J. (1985). *Krása a bolest*. Praha: Panorama.
- [5.] Blumenthal, J. A., Babyak, M.A. (1999). Effect of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine*. 159 (2349-2356).
- [6.] Boyden, D., Pesso, D., Vrtbovská, P. (2009). *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu)*. 1. vyd. Tišnov: SCAN.
- [7.] Broklová, Z. (2008) *Netradiční metody a formy fyzikálního vzdělávání*. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Matematicko-fyzikální fakulta, Katedra didaktiky fyziky. Praha. Retrieved on 09Jul2017 from http://kdf.mff.cuni.cz/~koupilova/_materialy/phd/dizertace.pdf.
- [8.] Brooks, A., Bandelow, D. (1998). Comparison of aerobic exercise, clomipramine and placebo in the treatment of panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 155 (603-609).
- [9.] Capranica, L., Millard – Stanford, M. L. (2011). Youth sport specialization: How to manage competition and training. *International journal of Sports Physiology and Performance*. 6: 572 – 579.
- [10.] Carron, A.V. et al (1997). Team-building and cohesiveness in the sport and exercise settings: use of interventions. *Journal of Applied Sport Psychology*. 9: 61-72.
- [11.] Coakley, J. J. (2015). *Sport in Society: Issues and Controversies*. 11th Edition. New York: McGraw – Hill Education.

- [12.] Corbin, J. Strauss, A. (1990) *Basic of qualitative research*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- [13.] Daley, A. (2008). Exercise and depression: A review of reviews. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 15, 140-147.
- [14.] De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. New York: Springer Publishing Company.
- [15.] Dishman, R. K., Wasburn, R. A., Heath, G. W. (2004). *Physical activity epidemiology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- [16.] Dylevský, I (2007). *Obecná kineziologie*. 1. vydání. Praha: Grada.
- [17.] ESPAD. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. (2015). *Národní monitorovací st edisko pro drogy a drogové závislosti*. Retrieved on 04 Jul 2017 from https://www.researchgate.net/publication/309040864_Evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach_ESPAD_2015.
- [18.] EU Physical activity guidelines (2008). Recommended Policy Actions in Support of Health – Enhancing Physical Activity. Education and Culture. *EU working group Sport&Health*. Retrieved on 01Sep2017 from www.msmt.cz/file/20028/download
- [19.] Etner, J. L., Salazar, W., Landers, D.M., Petruzello, S.J. (1997). The influence of physical activity, fitness and exercise upon cognitive functioning: A Meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 19:249-277.
- [20.] Evenson, K. R, Dorn, J.M., Camplain, R., Pate, R. R. (2015). Evaluation of the Physical Activity and Public Health Course for Researchers. *J. Phys. Act. Health*. 12(8):1052-1060.
- [21.] Feldenkreis, M. (1996). *Feldenkreisova metoda: pohybem k sebeuv dom ní*. Praha: Pragma.
- [22.] Fergus, S., Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26 (1), 399 – 419.
- [23.] Ferrer-Caja, E. Weiss, M. R. (2000). Predictors of intrinsic motivation among adolescent students in physical education. *Res Q Exerc. Sport*. 71(3): 267-79.

- [24.] Ford, E.S., Zhao, G., Tsai, J., Li C. Low risk lifestyle behaviours and all cause mortality: findings from the National Health and Nutrition Examination Surveys III Mortality Study. *Am J Public Health*.101 (10). 1922-9.
- [25.] Glaser, B., Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- [26.] Greenbaum, T. L(2000). *Moderating of focus group*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- [27.] Grexa, J., Strachová, M. (2011). *D jiny sportu: p ehled sv tových a eských d jin t lesné výchovy a sportu*. 1.vydání. Brno: Masarykova universita.
- [28.] Grove, J. R., Eklund, R. C. (2004). Exercise and anxiety. In *LeMura, I.M., von Duvillard, S. P.(eds). Clinical Exercise Psychology:Application and physiological principles*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Willkins.
- [29.] Hátlová, B. (1998). Uplatn ní sportovních inností v psychiatrických za ízeních. *eská kinantropologie*. 2(5), 33-45.
- [30.] Hátlová, B.(2002). *Kinezioterapie v lé b psychiatrických onemocn ní*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- [31.] Hátlová, B.(2003). *Kinezioterapie . Pohybová cvi ení v lé b psychických poruch*. 2.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- [32.] Hátlová, B., Adámková Ségard, M., Bašný Z (2013). Psychomotorická terapie – využití aktivního pohybu v lé b psychiatrických pacient .) *Psychiatrie pro praxi (SOLEN)*, Psychosom, 2013, 11(2), s.93-104.
- [33.] Hátlová, B., Adámková Ségard, M., Wedlichová I., Louková, T., Bašný Z. (2014). Historická a teoretická východiska psychomotorické terapie. *eskoslovenská psychologie*, LVIII/1, 82-93. Praha: Psychologický ústav AV R.
- [34.] Hejnová, J. Štich, V. (2001). M ení pohybové activity. *Med Sport Boh Slov*. 10(2):49-56.
- [35.] Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- [36.] Hošek, V., Jansa, P. Mina íková, D. (2007). Obraz sportu v o ích eské dosp lé populace (10-45 let). *Sport a kvalita života: sborník z celofakultního seminá e spole ensko-v dní sekce FTVS UK*. Praha: FTVS UK.

- [37.] Hoza, B., Martin, C. P., Pirog, A., Shouldberg, E. K. (2016). Using Physical Activity to Manage ADHD Symptoms: The State of Evidence. *Curr. Psychiatry Rep.* 18(12):113.
- [38.] Chen, C., Y. (2014). An exploratory study on the relationship between parents' passion for sport/exercise and children's self- and task – perceptions in sport/exercise. *Percept Mot Skills.* 118(3):909-25.
- [39.] Kalina, K. (2015). Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho infiltrace pro odbornou péči. Kapitola 4, In: Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- [40.] Kalina K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- [41.] Kalina, K., Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie.* 13(2), 144-164.
- [42.] Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. 1.vyd. Praha: Grada., s. 98.
- [43.] Kalina K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1.: mezioborový přístup*. 1 vyd. Praha: Úřad vlády České republiky.
- [44.] Kolb, D. (1984). *Experiential learning. Experience as The Source of Learning and Development*. Prentice Hall.
- [45.] Kavalíř, P. (2007). Sportovní aktivity a jejich místo v hodnotových preferencích. In: Hošek, V. Tiliš, P. (eds.) (2007). *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých. Sborník materiálů z výzkumného záměru*. Praha: FTVS UK.
- [46.] Koyman, M. (1993). Terapeutická komunita pro závislé. In: Nevšímal P. (Ed.) (2005). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje – Magdaléna o.p.s.
- [47.] Kohlíková, E. *Fyziologie pohybové zátěže člověka*. Internetový zdroj. Retrieved on 17Oct2017 from <http://slideplayer.cz/slide/3728514/>.
- [48.] Kožnar, J. (1992). *Skupinová dynamika*. Praha: Karolinum.
- [49.] Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia

- [50.] Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová terapie v praxi*. 3., doplněné vydání. Praha: Galén.
- [51.] Křištofi, J. (2013). Umíme se účelně rozvíjet? *Tělesná výchova a sport mládeže*. 79(4), 12-17.
- [52.] Lam, R.W., Kennedy, S.H. (2004). Evidence-based strategies for achieving and sustaining full remission in depression: focus on metaanalyses. *Can J Psychiatry*, 49 (3) Suppl 1. 17S-26S.
- [53.] Landers, D. M. (1994). Performance, stress and health: Overall reaction. *Quest*. 46. 123-135.
- [54.] Landers, D. M. Petruzello, S. J. (1991). Physical activity, fitness and anxiety. In: *Bouchard C. et al (eds.). Physical activity, fitness and health*. Champaign III. 868-882.
- [55.] Landers, D. M., Arent, S. M. (2007). Physical activity and Mental health. In: *Tenenbaum, G., Ecklund, R.C.(eds.) Handbook of sport psychology*. 3.vydání. 469-491. Hoboken, NJ: Willey.
- [56.] Landers, D. M., Arent, S. M. (2001). Physical activity and Mental health. In: *Singer et al.* 740-765.
- [57.] Leohr, J., Schwarz, T. (2003). *Power of Full Engagement*. New York: Free Press.
- [58.] Lazar, S.W, Kerr, C. E., Wasserman, R., H., Grey, J.R. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*. 16 (17):1893-1897.
- [59.] Málek, M. Radvanský, J. (2011). *Fyziologické a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén.
- [60.] Málková M. (2014). *Život za jiná tam, kde končí naše komfortní zóna*. Retrieved on 10Jul2017 from <https://plus.google.com/+Mark%C3%A9taM%C3%A1lkov%C3%A1/posts/DWbCDQsAp29>
- [61.] Marcus, B., Forsyth, L. (2010). *Psychologie aktivního způsobu života: motivace lidí k pohybovým aktivitám*. Praha: Portál.
- [62.] Martínková, I. (2007). Harmonie, harmonizace a pohybové bytí člověka. In: *Hošek, V. Tílinger, P. (eds.) (2007). Psychosofická funkce pohybových aktivit jako součást*

kvality života dospělých. Sborník materiál z výzkumného záměru. Praha: FTVS UK.

- [63.] Maslow, A. H. (2014). *O psychologii bytí.* Praha: Portál.
- [64.] McArdle, P. (2001). Children's play. *Child: care health&development.* 27 (6), 509-514.
- [65.] McDonald, D. G., Hodgdon, J. A. (1991). *Psychological effects of aerobic fitness training.* New York.
- [66.] Mota, K., Cuberek, R. (2007). *Pohybové dovednosti, schopnosti, výkony.* 1.vydání. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci.
- [67.] Mezinárodní klasifikace nemocí. 10.revize.(1992). *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* Praha: Psychiatrické centrum. Str.282.
- [68.] Miles, M. B, Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis for Applied Policy Research.* London: Sage. Str.272.
- [69.] Miller, W., Rollnick, S. (2002). *Motivační rozhovory.* Praha: Sdružení SCAN.
- [70.] Miovska, L. Miovsky, M., Kalina K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: *Kalina, K. (Ed.) Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada Publishing. 75-87.
- [71.] Miovsky, M. Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství.* Tišnov: Sdružení SCAN.
- [72.] Miovsky, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada Publishing.
- [73.] Musílková, E. (2017). *Toxická psychóza jako důsledek dlouhodobého užívání metamfetaminu.* Diplomová práce. Praha: 1 LF UK.
- [74.] Nešpor, K. (2004). Pohybová cvičení a jóga v prevenci a léčbě závislosti. *česká a slovenská psychiatrie.* 101 (5), 268-270.
- [75.] Nešpor, K. (2007). Craving (bažení) u návykových nemocí – jeho význam a léčba. *Psychiat. pro Praxi.* 1:32-34.
- [76.] Nevšímal, P. (Ed.) (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – česká praxe.* Praha: Středočeský kraj, Terapeutická komunita Magdaléna v Mníšku pod Brdy.

- [77.] NIDA (2010). *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illness*. NIH Pub Number:10-5771. Bethesda, Maryland: National Institute for Drug Abuse. Retrieved on 11Jul2017 from <http://www.drugabuse.gov/publications>.
- [78.] North, T. C., McCullach, P., Tran, Z. V. (1990). Effect of exercise on depression. *Exercise and Sport Science Reviews*. 18: 379-415.
- [79.] Offord, D. R., Bennett, K. J. (2002). Prevention. In: Rutter, M., Taylor, E. (Eds). *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science.
- [80.] Outdoor therapy (2011). Retrieved July 09th, 2017, from www.addictionrecoveryguide.org/treatment/outdoor_therapy
- [81.] Overdorf, V., Kollia, B., Makarec., K., Alleva Szeles, C. (2016). The relationship between physical activity and depression symptoms in Healthy Older Women. *Gerontol. Geriatr. Med.*11;2. 2333721415626859.
- [82.] Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. London: Sage Publication Inc. Str. 40-41.
- [83.] Payne, H. (1990). *Kreativní tanec a pohyb*. Praha: Portál.
- [84.] Pedersen, B.K., Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as a therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. 16(1): 3-63.
- [85.] Peri , T. (2007). *Základy sportovního tréninku. Podklady pro p ednášky školení trenér lic. B*. Retrieved on Oct13th, 2017 from <https://www.ftvs.cuni.cz/FTVS-656-version1-peirc2.pdf>.
- [86.] Petruzello, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A., Salazar, W. A.(1991). A Meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sport Medicine*. 11: 143-182.
- [87.] Reimers, C.D., Knapp, G., Reimers, A. K. (2012). Does physical activity increase life expectancy? A review of literature. *J. Aging Res*. Published online. DOI 10.1155/2012/243958.
- [88.] Seidlerová, L. (2006). *Kolb v u ební cyklus*. Semestrální práce. Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta,Ostrava. Retrieved on 09Jul2017 from <http://www.osu.mysteria.cz/PP2S/cyklus.doc>.

- [89.] Seifertová, M. (2007). *Význam pohybových aktivit u senior*. Diplomová práce. Jiho česká univerzita v českých Budějovicích, Teologická fakulta, katedra pedagogiky.
- [90.] Sigmundová, D. (2005). *Semilongitudinální monitorování pohybové activity gymnaziálních student*. Dizertační práce. Universita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- [91.] Skála, J. a kol. (1971). *Zápisy z Apolináry*. Ročník XX, 1-2.
- [92.] Skála, J. Mařová, A. (1989). *Zápisy z Apolináry*. Ročník XXXVIII, 1-6.
- [93.] Skála, J. (1997). *Lékař v maratón*. český spisovatel: Praha.
- [94.] Slepíková, P. Hošek, V. Hátlová, B. (2009). *Psychologie sportu*. 2.vyd. Praha: Karolinum.
- [95.] Slepíková, P., Mudra, J., Slepíková, I. (2015). *Sport a pohyb v životě senior*. Praha: Universita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- [96.] Státní zdravotní ústav (1998). *Pohyb a rehabilitace. Zdravotní výchovné materiály*. Retrieved on 10Jul2017 from <http://www.szu.cz/publikace/pohyb-a-rehabilitace>.
- [97.] Strauss, A. L., Corbin J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.
- [98.] Stubbs, B., Vancampfort, D., Firth, J. et al. (2017). Physical activity correlates among people with psychosis. *Schizophr. Res.* 2017, Jun18. pii:S0920-9964.
- [99.] Svatoš, V., Lebeda, P., 2005. *Outdoor trénink pro manažery a firemní týmy*. 1. vyd. Praha: Grada.
- [100.] Svoboda, B., Hošek V. (1992). *Aktuální otázky kinantropologie: pohyb a somatomentální vývoj osobnosti*. Praha: Karolinum.
- [101.] Šafář, M. (2012). Bio-psycho-sociální rizika vrcholového sportu dětí a mládeže. *Pediatr.praxi.* 13(6):401-403.
- [102.] Šeflová, I. (2013). *Inovace výuky tělesné výchovy a sportu na fakultách TUL v rámci konceptu aktivního životního stylu*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, Katedra tělesné výchovy.
- [103.] Vencovský, E. (1996). *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum.

- [104.] Voral, M. (1989). *V trnův hora sv. Apoliná e. II. Díl*. Praha: Protialkoholní odd., Apoliná
- [105.] Vostrý, B. (2006). *Zdravotní a psychosociální aspekty školní t lesné výchovy*. Diplomová práce. Universita Karlova, Filosofická aktivita, Katedra pedagogiky.
- [106.] Vym tal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. 2. Rozší ené a p epracované vydání. Praha: Grada.
- [107.] Walter, J.L., Peller, J. E. (1992). *Becoming Solution -focused in Brief Therapy*. New York: Psychology Press.
- [108.] Wengraf, T. (2001). *Qualitative Research Interview*. London: SAGE.
- [109.] Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- [110.] Yalom, I. D. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.
- [111.] Yin, R. (1989). *Case Study Research: Design and Methods*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Internetové odkazy na zahrani ní lé ebná za ízení:

<https://www.addictionhelper.com/rehab/private-residential-addiction-treatment-centre-in-north-west-ireland/>

<http://www.aiseiri.ie/>

<https://americanaddictioncenters.org/treatment-centers/river-oaks/>

<https://americanaddictioncenters.org/treatment-centers/townsend/>

<https://www.rutlandcentre.ie/>

<https://www.addictionhelper.com/rehab/private-residential-addiction-treatment-centre-in-north-west-ireland/>

<https://sobercollege.com/>

SEZNAM P ÍLOH

P íloha . 1 Stanovisko Etické komise FTVS UK	109
P íloha . 2 Vzor Informovaného souhlasu s ú ástí ve výzkumu	110
P íloha . 3 EuropASI dotazník	113
P íloha . 4 Vernon v záznamový arch	121
P íloha . 5 Situa ní k ívka Alexe	123
P íloha . 6 Situa ní k ívka Bei	124
P íloha . 7 Situa ní k ívka Cilky	125
P íloha . 8 Situa ní k ívka Dany	126
P íloha . 9 Situa ní k ívka Emila	127
P íloha . 10 Situa ní k ívka Filipa	128
P íloha . 11 P epis rozhovoru ohniskové skupiny (po redukci)	129

Příloha . 1 Stanovisko Etické komise FTVS UK

Příloha . 2 Vzor Informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

José Martího 31, 162 52 Praha 6-Veleslavín

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, zákonem . 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změnách, kterých zákon, ve znění pozdějších předpisů a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013); Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona . 372/2011 Sb.) a Úmluva o lidských právech a biomedicíně . 96/2001, jsou-li aplikovatelné), si Vás dovoluji požádat o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci rigorózní práce na UK FTVS s názvem **Pohybová terapie u dlouhodobých uživatelů návykových látek**, prováděné na výzkumném pracovišti *Kliniky adiktologie 1. LF UK, Terapeutická komunita White Light1*.

Vysvětlení výzkumu

Cílem výzkumu je zhodnocení změn Vašeho zdravotního stavu (psychického i fyzického) v případě, kdy abstinujete v rámci Vaší léčby, v souvislosti s pohybovými aktivitami, které se v rámci léčebného programu v terapeutické komunitě dějí. V souladu s veškerými sportovními/pohybovými aktivitami v komunitě je dalším cílem výzkumu probádat vliv dynamiky a vztah (tedy vzájemného působení klient na sebe a své prostředí) a v neposlední řadě, zdali má skupina vliv na Vaši vlastní motivaci k pohybové terapii a k lepším výkonům. V rámci výzkumu mě zajímá i Váš osobní názor, jak vidíte vliv pohybové terapie na Váš vlastní proces psychické rekonvalescence (a to především s důrazem na Vaše předchozí psychiatrické komplikace – psychózy, deprese, úzkosti).

Proč se týká souhlas s účastí ve výzkumu

Tato konkrétní výzkumná studie pro účely rigorózní práce spočívá především v dotazování. Jádrem výzkumu budou rozhovory. Setkáme se u dvou rozhovorů, prvního cca 60ti minutového a druhého cca 20ti minutového (v rozmezí cca 6-8týdnů) v průběhu Vašeho pobytu v terapeutické komunitě. Při našem prvním rozhovoru se Vás budu ptát na Vaše subjektivní prožitky související se sportovními aktivitami v komunitě, zdali máte pocit, že Vám pomáhají, či naopak ubližují, zdali na sobě pozorujete, že je Vám psychicky i fyzicky lépe po tom, co jste se v průběhu léčby začal/a aktivně hýbat. V průběhu rozhovoru Vás také požádám o nakreslení tzv. životní (či spíše situační) křivky, kde se pokusíte graficky znázornit, jak se mění Vaše psychické a fyzické rozpoložení v souvislosti s pohybovými aktivitami a co se děje, když třeba týden nesportujete/

aktivně se nehýbete. Požádám Vás, abyste k ivku jakkoli okomentoval/a i dodal/a vše, co uznáte za vhodné. P i našem druhém rozhovoru prob hne tzv. *inquiry*, tedy budu se Vás znovu dotazovat, zdali nechcete n co up esnit, upravit i zdali byste rád/a ještě n co dodal/a i doplnil/a.

Sou ástí výzkumu bude i tzv. ohnisková skupina – což je typ Vámi dobře známé skupinové terapie, kde se tematicky zam íme jen na prožitky spojené se sportem a pohybem v komunit .

V rámci jednoho z rozhovor spolu vyplníme ještě dotazník MAP (dotazník týkající se Vašeho předchozího závislostního chování) a budu se dotazovat, jaký vztah k pohybu/ke sportu jste m l/a před tím, než jste se za al/a lé it. Podpisem tohoto informovaného souhlasu mi též dáváte souhlas s nahlížením do Vaší zdravotní dokumentace.

Jaká jsou rizika a p ínosy výzkumu?

Rizika provád ěného výzkumu nebudou vyšší než b žn o ekáváná rizika u aktivit a testování provád ěných v rámci tohoto typu výzkumu. Nicmén ě máte právo rozhovor i ú ast ve skupin kdykoli ukon it, pokud Vám dotazování i skupinová interakce nebudou p íjemné. Nep edpokládá se, že byste v pr b hu výzkumu utrp l jakékoli nepohodlí i újmu.

O ekávaným p ínosem je p edpokládané další prohloubení Vašeho náhledu na Vaše onemocnění a možná, že i Vy sám/a objektivně zhodnotíte, že pohyb a sport je blahodárný pro Vaší rekonvalescenci, potla uje stavy bažení a m že i zcela nahradit touhu užívat návykové látky.

Budu za ú ast ve výzkumu odmě n /kompenzován/a?

Vaše ú ast ve výzkumu je zcela dobrovolná a nebudete za ní dostávat žádnou finan ní ani jinou kompenzaci.

Zabezpe ení osobních údaj

Z provád ěných rozhovor a z ohniskové skupiny bude po izován audiozáznam. Ten bude po zpracování údaj a informací nenávratn zni en. Veškeré informace budou kódovány a zpracovány zcela anonymn . Získaná data budou zpracovávána a bezpečn uchována v anonymní podob a publikovaná v rigorózní práci, p ípadn v odborných asopisech, monografiích a na konferencích, p ípadn budou využítá p i další výzkumné práci na UK FTVS. Po anonymizaci budou osobní data smazána. V žádném z výstup z tohoto výzkumu se neobjeví Vaše osobní údaje, ani název za ízení. P ípadové ilustrace (výstupy z rozhovor) budou zpracovány tak, že nebudete moci být jakkoli identifikován.

ešitelka výzkumu je jakožto odborný zdravotnický pracovník vázána povinnou ml enlivostí.

Máte právo se seznámit s celkovými výsledky výzkumu prostřednictvím nahlédnutí do rigorózní práce, která bude po jejím obhájení zveřejněna v repozitáři závěrečných prací univerzitního systému University Karlovy. O způsobu, jak práci v repozitáři nalézt, případně o dalších výstupech z výzkumu, bude informováno vedení terapeutické komunity, na které se můžete v tomto ohledu kdykoli obrátit.

V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

Jméno a příjmení předkladatele a hlavního řešitele projektu: Mgr., Ing. Eva Musílková, Podpis:

.....

Jméno a příjmení osoby, která provedla použití:

Podpis:.....

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl(a) možnost si předem a v dostatečném předstihu zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal(a) jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl(a) jsem poučen(a) o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi UK FTVS, která bude následně informovat předkladatele projektu.

Místo, datum

Jméno a příjmení účastníka Podpis:

Příloha . 3 EuropASI dotazník

EuropASI*

Tento formulář slouží k záznamu rozhovoru EuropASI. Vyšetření metodou EuropASI vede k popisu problémů klienta s návykovými obtížemi v sedmi oblastech a k vyhodnocení závažnosti problémů. Rozhovor má usnadnit rozvržení plánu léčby či jiné pomoci. Vyšetření je možné jen po prostudování příručky s pokyny a po zaškolení. V žádném případě nevyplňuje formulář klient (pacient) sám.

INSTRUKCE

Vyplňte každé záznamové pole. Užijte případně těchto kódů:

X - klient otázku nezodpověděl

N - otázka je nepoužitelná

U jedné položky se smí použít pouze jeden z kódů X, N.

HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI

Hodnocením závažnosti vyšetřující (tazatel) vyjadřuje do jaké míry klient v dané oblasti potřebuje léčbu či jinou pomoc. Škály mají rozpětí od 0 (není zapotřebí žádná intervence) do 9 (je nezbytná intervence v situaci životního ohrožení). Každé hodnocení se zakládá na historii problémů, na současném stavu klienta a na jeho subjektivním hodnocení potřeby pomoci. K správnému použití hodnotících škál je nutné prostudovat příslušný oddíl Pokynů.

TAZATELOVA HODNOTÍCÍ STUPNICE

(intervenci se myslí léčba či jiná pomoc)

- | | |
|-------|---|
| 0 - 1 | Žádný skutečný problém, není zapotřebí žádná intervence |
| 2 - 3 | Mírný problém, intervence patrně není nutná |
| 4 - 5 | Středně závažný problém, nějaká intervence je na místě |
| 6 - 7 | Značně závažný problém, intervence je nutná |
| 8 - 9 | Extrémně závažný problém, intervence je absolutně nutná |

KLIENTOVA POSUZOVACÍ STUPNICE

Použitím této stupnice klient vyjadřuje do jaké míry mu vadily problémy v příslušné oblasti a jak naléhavá je pro něj v příslušné oblasti potřeba pomoci či léčby. Klient dostane stupnici do ruky na zvláštním listku.

- | | |
|---|-----------------|
| 0 | Vůbec ne |
| 1 | Trochu |
| 2 | Dost |
| 3 | Značně |
| 4 | Mimořádně silně |

* Evropská adaptace 5. edice ASI (McLellan, 1992), jejímiž autory jsou A. Kokkeviiová, C. Hartgersová, P. Blanken, E. M. Fahrner, G. Pozzi, E. Tempesta a A. Uchtenhagen. Českou verzi připravili L. Kubička a L. Csémy v rámci řešení grantu IGA MZ ČR 3705-3. Expertní konzultace poskytli MUDr. Pavel Baudiš, CSc., PhDr. Magdaléna Frouzová, prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. a prim. MUDr. Petr Popov.

ZDRAVOTNÍ STAV

<p>1. Kolikrát v životě jste byl(a) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> v nemocnici pro tělesnou nemoc? <i>(Zahrňte předávkování a delirium tremens, ne detoxifikaci.)</i></p> <p>2. Jak je to dlouho, co jste <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> byl(a) naposledy v ne- roky měsíce monici pro tělesné obtíže?</p> <p>3. Máte nějaké trvalé zdravotní <input type="checkbox"/> obtíže, které Vám komplikují život? 0 - Ne 1 - Ano (Popište:.....)</p> <p>4. Měl jste někdy <input type="checkbox"/> infekční žloutenku? 0 - Ne 1 - Ano 2 - Neví 3 - Odmítá říci</p> <p>5. Dělalí Vám někdy <input type="checkbox"/> testy na HIV (AIDS)? 0 - Ne 1 - Ano 2 - Neví 3 - Odmítá říci</p>	<p>6. Jestliže ano, před kolika měsíci? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <i>(Případně:) Před kolika dny?</i> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>7. Jaký byl výsledek <input type="checkbox"/> posledního testu? 0 - HIV negativní 1 - HIV pozitivní 2 - Neví 3 - Odmítá říci</p> <p>8. Užíváte pravidelně na předpis <input type="checkbox"/> nějaké léky pro tělesné obtíže? 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>9. Máte invalidní důchod kvůli <input type="checkbox"/> tělesné nemoci? <i>(Nezapočítávejte invalidní důchod pro duševní nemoc.)</i> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>10. Léčil Vás v posledních <input type="checkbox"/> třech měsících nějaký lékař pro tělesné obtíže? 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>11. Kolik dnů jste měl v posled- <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> ních 30 dnech tělesné zdravotní obtíže?</p>	<p><i>U OTÁZEK 12 A 13 POŽÁDEJTE KLIENTA, ABY POUŽIL KLIENTSKÉ POSUZOVACÍ STUPNICE.</i></p> <p>12. Jak moc Vás tělesné <input type="checkbox"/> zdravotní obtíže trápily v posledních 30 dnech?</p> <p>13. Jak moc je pro Vás důležité, <input type="checkbox"/> abyste měl řádnou léčbu svých tělesných zdravotních obtíží?</p> <p>ZÁVAŽNOST PODLE TAZATELE <i>(Viz Pokyny. Hodnoťte kódy 0 až 2 podle tazatelovy stupnice!)</i></p> <p>14. Jak posuzujete klientovu <input type="checkbox"/> potřebu léčby tělesných obtíží?</p> <p>POSOUZENÍ VĚROHODNOSTI Jsou informace na této straně podstatně zkresleny:</p> <p>15. Vědomou či nevědomou <input type="checkbox"/> snahou klienta? 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>16. Špatným porozuměním <input type="checkbox"/> ze strany klienta? 0 - Ne 1 - Ano</p>
--	---	---

Poznámky

PRÁCE / ZDROJ OBŽIVY

<p>1. Počet let školního vzdělání (včetně VŠ) <input type="text"/> <input type="text"/> roky</p> <p>2. Počet let vysokoškolského vzdělání <input type="text"/> <input type="text"/> roky</p> <p>3. Nejvyšší dosažené vzdělání <input type="text"/> <i>Pište</i> 1 - ZŠ 2 - Vyučení 3 - Vyučení s maturitou 4 - SŠ s maturitou 5 - VŠ diplom</p> <p>4. Máte platný řidičský průkaz? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>5. Jak dlouho trvalo Vaše nejdélší pravidelné zaměstnání? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> roky měsíce <i>(Viz definici v Pokynech.)</i></p> <p>6. Jak dlouho trvalo Vaše nejdélší období nezaměstnanosti? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> roky měsíce</p> <p>7. Obvyklé (nebo poslední) zaměstnání <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>(Popište podrobně.)</i></p> <p>8. Obvyklá forma pracovního zařazení v posledních 3 letech <input type="text"/> 1 - Plný úvazek 2 - Částečný úvazek (pravidelné hodiny) 3 - Částečný úvazek (nepravid. hodiny) 4 - Student 5 - Vojenská služba 6 - Důchod/prac. neschopnost 7 - Nezaměstnaný(á) 8 - Někde umístěn(a) 9 - Žena v domácnosti</p>	<p>9. Kolik dnů jste pracoval(a) v posledních 30 dnech? <input type="text"/> <input type="text"/> <i>(Nepočítejte prostituci a prodej drog.)</i></p> <p>Získával jste v posledních 30 dnech pro svou obživu peníze z následujících zdrojů?</p> <p>10. Ze zaměstnání? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>11. Dávky jako nezaměstnaný(á)? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>12. Od nějaké dobročinné organizace? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>13. Nemocenské nebo důchod? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>14. Od partnera(ky), rodiny či přátel (tj. peníze pro Vaši osobní potřebu)? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>15. Z nezákonných zdrojů? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>16. Z prostituce? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>17. Z jiných zdrojů? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>18. Co je hlavním zdrojem Vaší obživy? <input type="text"/> <input type="text"/> <i>(Zapište jeden z výše uvedených kódů 10-17.)</i></p>	<p>19. Máte dluhy? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano, a to _____ Kč</p> <p>20. Kolik lidí na Vás závisí pokud jde o výživu, bydlení atd.? <input type="text"/></p> <p>21. Během posledních 30 dnů, kolik bylo dnů, kdy jste měl(a) problémy se zaměstnáním či s nezaměstnaností? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>U OTÁZEK 22 A 23 POŽÁDEJTE KLIENTA, ABY POUŽIL KLIENTSKÉ POSOUZOVACÍ STUPNICE.</i></p> <p>22. Jak moc Vás trápily problémy kolem zaměstnání v posledních 30 dnech? <input type="text"/></p> <p>23. Jak moc je pro Vás důležitá pomoc či rada pokud jde o zaměstnání? <input type="text"/></p> <p>ZÁVAŽNOST PODLE TAZATELE <i>(0 až 9 dle tazatelovy stupnice)</i></p> <p>24. Jak posuzujete klientovu potřebu pomoci pokud jde o zaměstnání? <input type="text"/></p> <p>POSOUZENÍ VĚROHODNOSTI Jsou informace na této straně podstatně zkresleny:</p> <p>25. Vědomou či nevědomou snahou klienta? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>26. Špatným porozuměním ze strany klienta? <input type="text"/> 0 - Ne 1 - Ano</p>
---	---	--

Poznámky

DROGY / ALKOHOL

<i>Zapište v Poznámkách jaké konkrétní látky užívá či užíval(a)</i>	Věk kdy poprvé	Celoživotně (roky)	Posledních 30 dní	*Forma aplikace
1. Alkohol - každé množství	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alkohol - nadměrně	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heroin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Metadon/LAAM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jiné opiáty / morfinová analgetika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tlumivé léky (anxiolytika, barbiturany, hypnotika)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kokain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Stimulancia (pervitin)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Marihuana, hašiš	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Halucinogeny (LSD)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Těkavé látky	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jiné (např. MDMA, extáze)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Více než jedna látka denně (položky 2-12)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Poznámka: V Pokynech jsou příklady pro každou skupinu látek
**Forma aplikace: 1 - ústy, 2 - čichání, šňupání, 3 - kouření, 4 - injekční ne do žíly, 5 - injekční do žíly*

14. Vpichoval jste si někdy? <input type="checkbox"/> 0 - Ne 1 - Ano 14A. Věk při první injekci <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> roky Všechny injekce celoživotně <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> roky Všechny injekce posl. 6 měsíců <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> měs. Všechny injekce posl. 30 dnů <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dny 14B. Vpichování v posled. 6 měsících <input type="checkbox"/> 1 - Nikdy společně s druhými 2 - Někdy sdílení stříkačky 3 - Často sdílení stříkačky 15. Kolikrát jste měl alkoholové delirium tremens (dětěčko)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A kolikrát jste se předávkoval drogou? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16. Typ zařízení a kolikrát mu poskytlo péči <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alkohol/Drogy 1 - Ambulantní detoxifikace <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 - Lůžkové detoxifikační <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 - Ambulantní substituční <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 - Ambulantní bezdrogové <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 - Lůžkové bezdrogové <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6 - Denní stacionář <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7 - Lůžkové psychiatrické <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8 - Jiné lůžkové (nemocnice) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9 - Jiné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alkohol/Drogy 17. Kolik měsíců trvalo nejdelší období, kdy jste po léčbě abstinovat(a)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

Poznámky

18. Která droga je Váš hlavní problém? ☐☐
Kódujte 02-12 podle seznamu nebo: 00-bez problému; 15-Alkohol a drogy; 16-více drog. Ptejte se klienta, je-li věc nejasná.

19. Jak dlouhé bylo poslední období, kdy jste sám od sebe bez léčby nebral(a) tu drogu, která je Váš hlavní problém? ☐☐
(00-nikdy neabstinoval/a) měs. dny

20. Před kolika měsíci (dny) tohle období abstinence skončilo? ☐☐
(00-dosud abstinuje) měs. dny

21. Kolik jste za posledních 30 dnů asi tak utratil(a) za alkohol? Kč ☐☐☐
a za drogy? Kč ☐☐☐☐☐

22. Kolik dní jste byl(a) během posledních 30 dnů v kontaktu s nějakým ambulantním centrem kvůli alkoholu či drogám? ☐☐
(Počítejte i AA a NA)

23. Kolik dní jste měl(a) během posledních 30 dnů problémy s alkoholem ☐☐
s drogami ☐☐

U OTÁZEK 24 A 25 POŽÁDEJTE KLIENTA, ABY POUŽIL KLIENTSKÉ POSUZOVACÍ STUPNICE.

24. Jak moc Vás v posledních 30 dnech stresovaly, trápily problémy s alkoholem ☐
s drogami ☐

25. Jak moc je pro Vás důležitá léčba pokud jde o alkohol? ☐
A pokud jde o drogy? ☐

ZÁVAŽNOST PODLE TAZATELE
(0 až 9 dle tazatelovy stupnice)

26. Jak posuzujete klientovu potřebu pomoci pokud jde o problémy s alkoholem ☐
s drogami ☐
(Posuďte potřebu pomoci před započítím nynější léčby.)

POSOUZENÍ VĚROHODNOSTI

Jsou informace na této straně podstatně zkresleny:

27. Vědomou či nevědomou snahou klienta? ☐

28. Špatným porozuměním ze strany klienta? ☐

PRÁVNÍ POSTAVENÍ

<p>1. Je klient nyní přijímán k ochranné léčbě dle rozhodnutí soudu? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ne 1 - Ano</p> <p>2. Běží Vám v současné době podmínka po podmíněném odsouzení? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ne 1 - Ano</p> <p>Kolikrát v životě jste byl(a) u soudu obžalován pro</p> <p>3. prodej drog? <input type="checkbox"/></p> <p>4. krádež? <input type="checkbox"/></p> <p>5. násilný čin (vloupání, ublížení na zdraví, zabití, znásilnění)? <input type="checkbox"/></p> <p>6. pro jiný trestný čin? <input type="checkbox"/></p> <p>7. Kolik z těchto žalob vedlo k odsouzení? <input type="checkbox"/></p> <p>Kolikrát v životě jste byl u soudu obžalován</p> <p>8. pro výtržnost <input type="checkbox"/></p> <p>9. pro kuplířství <input type="checkbox"/></p> <p>10. řízení pod vlivem alkoholu či drog? <input type="checkbox"/></p>	<p>11. vážný dopravní přestupek? <input type="checkbox"/></p> <p>12. Kolik měsíců jste byl(a) během života ve vězení či ve vazbě? <input type="checkbox"/> měs.</p> <p>13. Jak dlouho trval Váš poslední pobyt ve vězení či ve vazbě? <input type="checkbox"/> měs..</p> <p>14. Kvůli čemu to tenkrát bylo? <input type="checkbox"/> (Užijte kódů 03-06, 08-11. Při více trestných činech kódujte ten nejzávažnější.)</p> <p>15. Čekáte v současné době soudní obžalobu, trestní řízení nebo nástup trestu? <input type="checkbox"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>16. Kvůli čemu? <input type="checkbox"/> (Kódujte 03-06, 08-11. Při více činech kódujte ten nejzávažnější.)</p> <p>17. Kolik dní jste byl zadržen, ve vazbě či ve vězení během posledních 30 dnů? <input type="checkbox"/></p> <p>18. Kolik dnů jste se během posledních 30 dnů zabýval nějakou trestnou činností pro zisk? <input type="checkbox"/></p>	<p><i>U OTÁZEK 19 A 20 POŽÁDEJTE KLIENTA, ABY POUŽIL KLIENTSKÉ POSUZOVACÍ STUPNICE.</i></p> <p>19. Jak vážné jsou podle Vás Vaše nynější problémy s policií a se soudy? <input type="checkbox"/></p> <p>20. Jak moc je pro Vás teď důležitá pomoc či rada v záležitostech s policií a se soudy? <input type="checkbox"/></p> <p>ZÁVAŽNOST PODLE TAZATELE (0 až 9 dle tazatelovy stupnice)</p> <p>21. Jak posuzujete klientovu potřebu pomoci v trestně právních záležitostech? <input type="checkbox"/></p> <p>POSOUZENÍ VĚROHODNOSTI</p> <p>Jsou informace na této straně podstatně zkresleny:</p> <p>22. Vědomou či nevědomou snahou klienta? <input type="checkbox"/> 0 - Ne 1 - Ano</p> <p>23. Špatným porozuměním ze strany klienta? <input type="checkbox"/> 0 - Ne 1 - Ano</p>
---	---	---

RODINNÁ ANAMNÉZA

Měl někdo z Vaší rodiny či příbuzenstva závažný problém, týkající se pití alkoholu nebo brání drog nebo nějaký psychiatrický problém? Myslím takového druhu, že to vedlo k léčbě nebo že by to bylo vyžadovalo léčbu?

Z matčiny strany	Z otcovy strany	Sourozenci
<i>Alkohol Drogy Psych.</i>	<i>Alkohol Drogy Psych.</i>	<i>Alkohol Drogy Psych.</i>
Klientova matka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Klientův otec <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bratr 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Babička <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Babička <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bratr 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dědeček <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dědeček <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sestra 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Teta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Teta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sestra 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Strýc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Strýc <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nevlastní sourozenec <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jiní <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jiní <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Pokyn: Zapište "0" do příslušné kategorie jestliže odpověď je jasně Ne pro všechny osoby dané kategorie; "1" jestliže odpověď je jasně Ano aspoň pro jednu osobu dané kategorie; "X" se zapíše, je-li odpověď nejistá nebo "Nevím" a "N" se zapisuje v případě, že klient nemá

žádnou příbuznou osobu dané kategorie. Kódujte údaj o nejproblémovějším sourozenci, jestliže klient má více než dva bratry či více než dvě sestry.

RODINNÉ A SOCIÁLNÍ VZTAHY

<p>1. Rodinný stav <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Poprvé ženat/vdaná</p> <p>2 - Znovu ženat/vdaná</p> <p>3 - Vdovec/vdova</p> <p>4 - Ženat/vdaná, odloučení</p> <p>5 - Rozveden/a</p> <p>6 - Nikdy nebyl/a ženat/vdaná</p> <p>2. Jak dlouho trvá Váš <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nynější rodinný stav? <i>roky měsíce</i> (U svobodných od 18 let.)</p> <p>3 Jste s touto situací spokojen(a)? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Je mu/jí to lhostejné</p> <p>2 - Ano</p> <p>4. S kým převážně bydlí <input type="checkbox"/> (poslední 3 roky)</p> <p>1 - Se sex. partnerem a dětmi</p> <p>2 - Jen se sex. partnerem</p> <p>3 - Jen s dětmi</p> <p>4 - S rodiči (rodičem)</p> <p>5 - S příbuznými</p> <p>6 - S přáteli (známými)</p> <p>7 - Sám (sama)</p> <p>8 - V chráněném prostředí</p> <p>9 - Nemá stálé bydliště</p> <p>5. Jak dlouho už takto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bydlíte? <i>roky měsíce</i> (Od 18 let, bydlí-li s rodiči či příbuznými.)</p> <p>6. Vyhovuje Vám s kým bydlíte? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Ano</p> <p>Bydlíte s někým, kdo</p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Ano</p> <p>6a. má teď problémy s alkoholem? <input type="checkbox"/></p> <p>6b. s někým kdo bere drogy? <input type="checkbox"/></p> <p>7. S kým hlavně trávíte volný čas? <input type="checkbox"/></p> <p>1 - S příbuznými bez problémů</p> <p>2 - S příbuznými s problémy kolem alkoholu či drog</p> <p>3 - S přáteli bez problémů s alkoholem či drogami</p> <p>4 - S přáteli, kteří mají problémy s alkoholem či drogami</p> <p>5 - Tráví volný čas sám</p> <p>8. Vyhovuje Vám s kým trávíte volný čas? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Je to jedno</p> <p>2 - Ano</p> <p>9. Kolik máte blízkých přátel? <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Pokyn k otázce 9a-18:</i> <i>Kódujte "0", je-li odpověď jasně Ne u všech osob dané kategorie; "1" je-li odpověď jasně Ano aspoň pro jednu osobu dané kategorie; "X" v případě nejasné odpovědi či odpovědi "Nevím"; "N" jestliže klient nikdy neměl příslušnou osobu.</i></p> <p>9a. Měl/a jste během svého života velmi blízký dlouho trvající vztah</p> <p>s matkou <input type="checkbox"/></p> <p>s otcem <input type="checkbox"/></p> <p>s bratrem či sestrou <input type="checkbox"/></p> <p>se sexuální(m) partnerkou (partnerem) či manželkou (manželem) <input type="checkbox"/></p> <p>s dítětem <input type="checkbox"/></p> <p>s přítelem (přítečkyní) <input type="checkbox"/></p> <p>Byla období, kdy jste měl(a) těžké problémy ve vztahu:</p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Ano</p> <p>10. k matce <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11. k otci <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12. bratrovi (sestře) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>13. sex. partnerce (partnerovi) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>14. dítětem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15. jiným příbuzným <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>16. blízkým přátelům <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17. sousedům <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>18. spolupracovníkům? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ublížil Vám někdo ze shora uvedených lidí (10-18)</p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Ano</p> <p>18a. citově <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tím, že Vám nadával)?</p> <p>18c. tělesně <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tím, že Vás zranil)?</p> <p>18d. sexuálně (vynucování sexuálního styku) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>18e. Byl(a) jste někdy sexuálně znásilněn(a)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>19. Kolik bylo v posledních 30 dnech dnů, kdy jste měl vážný konflikt</p> <p>a. s někým z rodiny či příbuzenstva? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. s někým jiným? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>U OTÁZEK 20 - 23 POŽÁDEJTE KLIENTA, ABY POUŽIL KLIENTSKÉ POSUZOVACÍ STUPNICE.</i></p> <p>Jak moc Vás v posledních 30 dnech stresovaly a rozčilovaly</p> <p>20. problémy kolem rodiny či příbuzných? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>21. problémy s jinými lidmi? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Jak důležitá je pro Vás pomoc či rada</p> <p>22. pokud jde o problémy s rodinou či příbuznými? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>23. a pokud jde o problémy s jinými lidmi? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ZÁVAŽNOST PODLE TAZATELE (0 až 9 dle tazatelovy stupnice)</p> <p>24. Jak posuzujete klientovu potřebu pomoci pokud jde o rodinné, příbuzenské a jiné vztahy? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>POSOUZENÍ VĚROHODNOSTI</p> <p>Jsou informace na této straně podstatně zkresleny:</p> <p>25. Vědomou či nevědomou snahou klienta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Ano</p> <p>26. Špatným porozuměním ze strany klienta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Ano</p> <p>Poznámky</p>
---	---	---

PSYCHICKÝ STAV

<p>1. Kolikrát jste se léčil(a) pro psychiatrické (duševní) obtíže?</p> <p>a. Lůžkově <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. Ambulantně <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Máte invalidní důchod pro psychickou poruchu? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Ano</p> <p>Měl jste někdy období, myslím takové, že to nebylo následkem alkoholu či drog, kdy jste měl (Viz definice v Pokynech.)</p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Ano</p>	<p>10a. Kolikrát jste se pokusil o sebevraždu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11. Kolik bylo dnů v posledních 30 dnech, kdy jste měl nějaké psychické obtíže <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>U OTÁZEK 12 A 13 POŽÁDEJTE KLIENTA, ABY POUŽIL KLIENSKÉ POSUZOVACÍ STUPNICE.</i></p> <p>12. Jak moc Vás obtěžovaly psychické obtíže, o nichž jsme hovořili, během posledních 30 dnů? <input type="checkbox"/></p> <p>13. Jak moc je pro Vás důležité léčit se pro tyto psychické obtíže? <input type="checkbox"/></p> <p><i>NÁSLEDUJÍCÍ POLOŽKY VYPLNÍ TAZATEL</i></p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Ano</p> <p>14. Zřetelně depresivní, stažený do sebe <input type="checkbox"/></p> <p>15. Zřetelně hostilní <input type="checkbox"/></p> <p>16. Zřetelně úzkostný, v tenzi <input type="checkbox"/></p> <p>17. Ztížený kontakt s realitou, poruchy myšlení, paranoidní myšlenky <input type="checkbox"/></p> <p>18. Obtížně chápe, nesoustředí se, nepamatuje si <input type="checkbox"/></p>	<p>19. Sebevražedné myšlenky <input type="checkbox"/></p> <p>ZÁVAŽNOST PODLE TAZATELE (0 až 9 dle tazatelovy stupnice)</p> <p>20. Jak posuzujete klientovu potřebu psychiatrické/psychologické péče? <input type="checkbox"/></p> <p>POSOUZENÍ VĚROHODNOSTI</p> <p>Jsou informace na této straně podstatně zkresleny:</p> <p>21. Vědomou či nevědomou snahou klienta <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Ano</p> <p>22. Špatným porozuměním ze strany klienta? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - Ne</p> <p>1 - Ano</p>
---	--	--

Poznámky

Příloha . 4 Vernon v záznamový arch

1.Aktivita

podrážděný, živý, impulzivní, tichý, stabilní, utlumený, lhostejný, tiky, obléhání, zvláštní projevy nebo fyziognomie

2.Pohyby

plynulé, přesné, nemotorné, rychlá – pomalá chůze

3.Tělesný zjev a držení těla

přímé držení těla, dobře vyvinutý, pyknické proporce, hubený, astenický, energický
-skleslý způsob chůze

4.Osobní výraz

dobře vypadající, odporný, vyspělý, dťský, agresivita tváře,
veselý, optimistický, vzrušivý, flegmatický

5.Péče o sebe

pečlivě upravený, dobrý vkus, nedbalý, špinavý

6. e

dob e modulovaný hlas, z etelný projev, koktavos, hovorný,
ml enlivý, primitivní slovník, agramatismy, p ízvuk

7.Sebeprosazování

samolibý, sebev domý, sebekritický, podce uje se, úzkostný,
rozhodný, odporující, sugestibilní, ostýchavý

8.Spolupráce

ochota spolupracovat, rezervovaný, podez ívavý, p esný,
bezstarostný, lenivý, nep átelský

9.Pohotovost, soust ed nost

pozorný, bd lý, duchem nep ítomný, rozptylující se

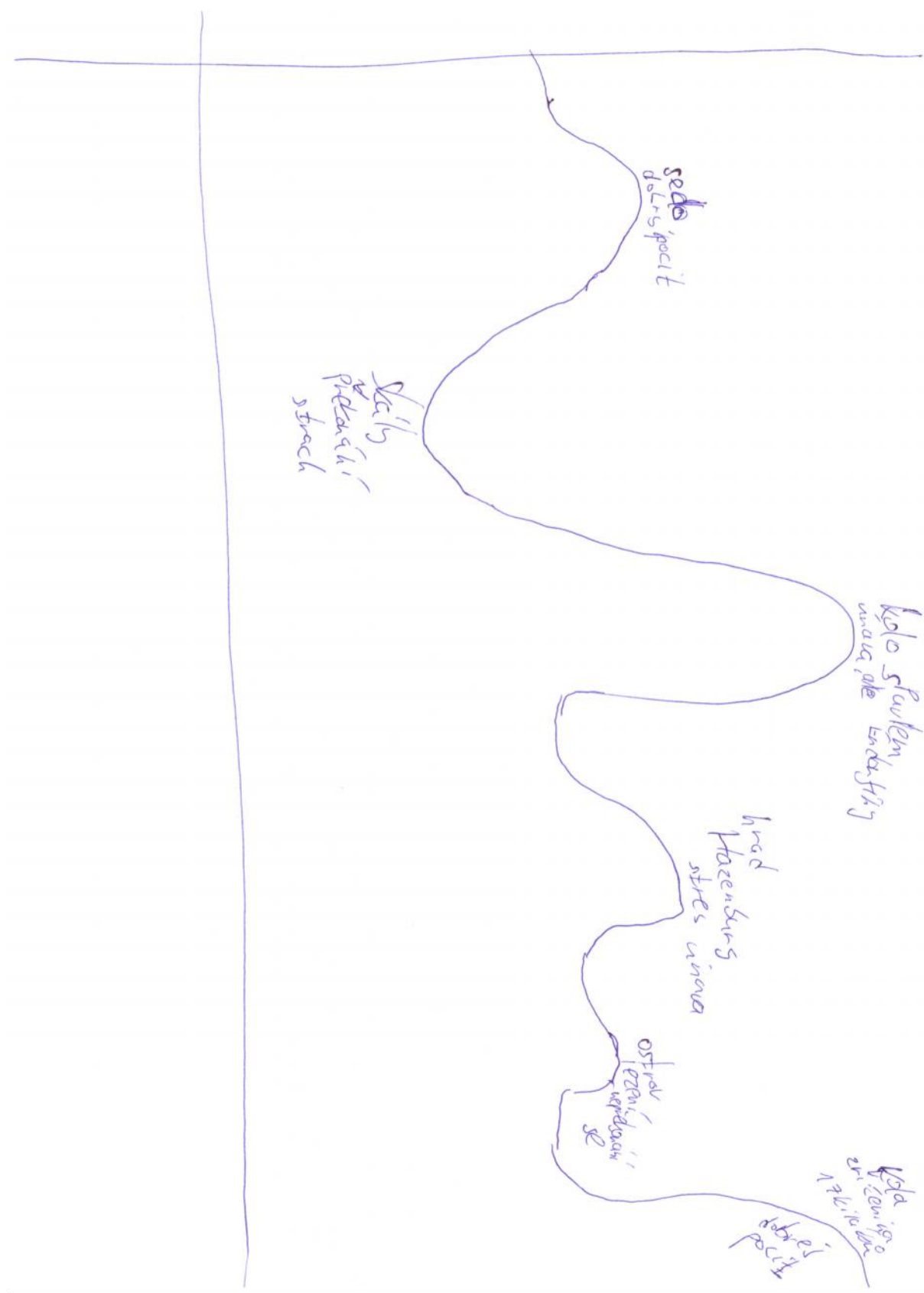
10.Emoce

náladový, d tské reakce, nedostatek sebekontroly, utlumený, hloubavý

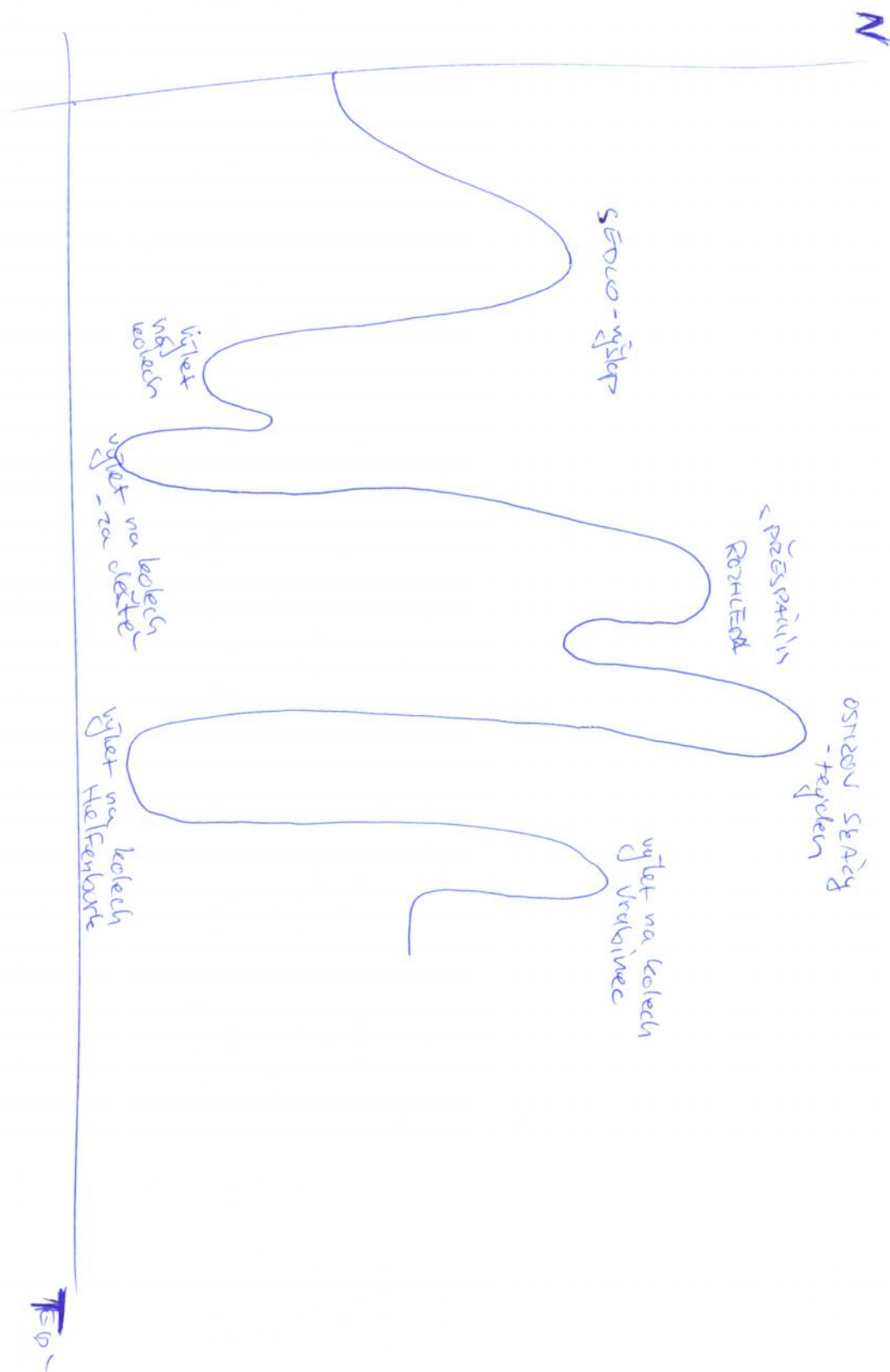
11.Plánování innosti

analytický, používá metodu pokus / omyl, riskuje, t ží z p edchozích zkušeností

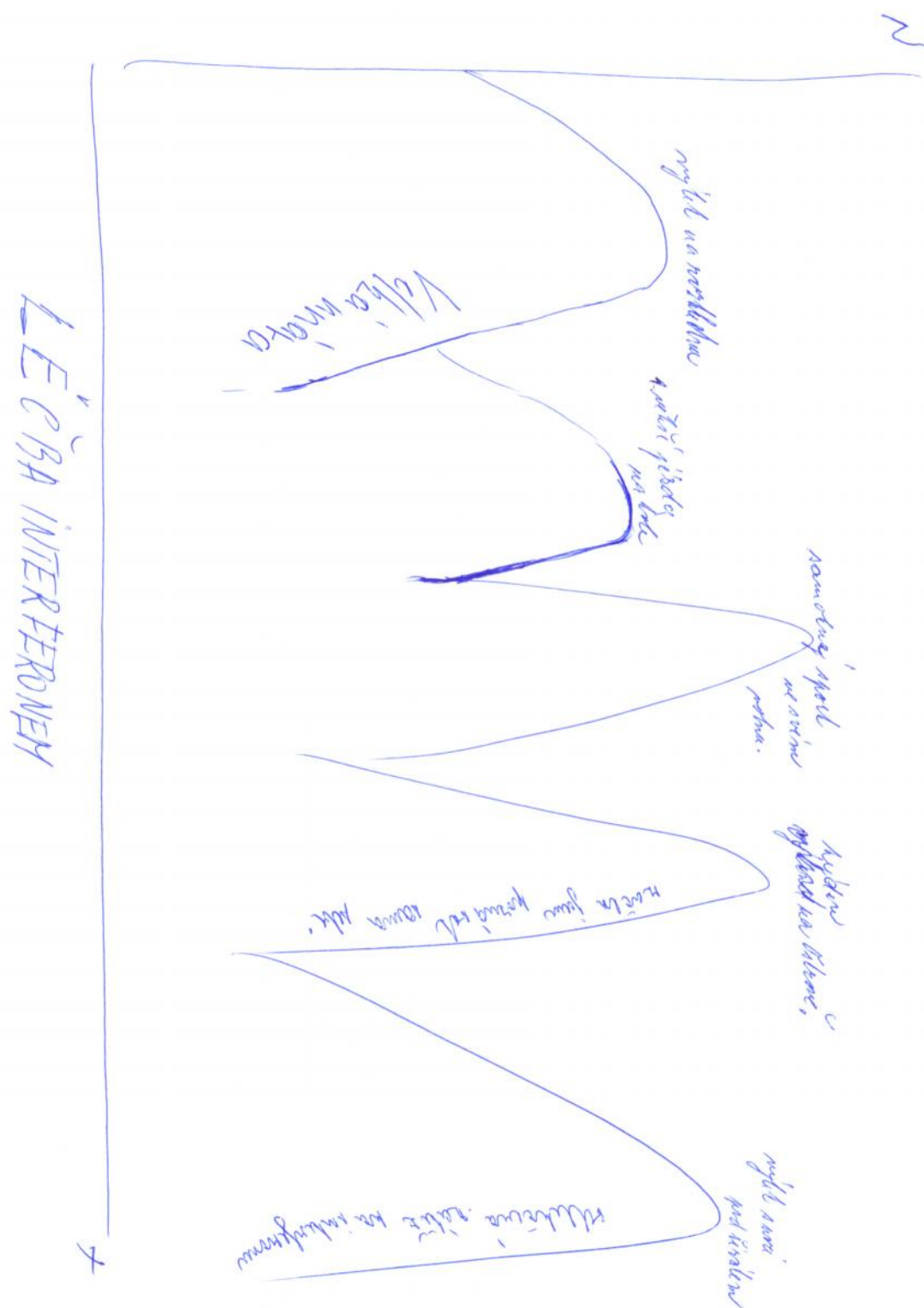
Příloha . 5 Situace k ivka Alexe



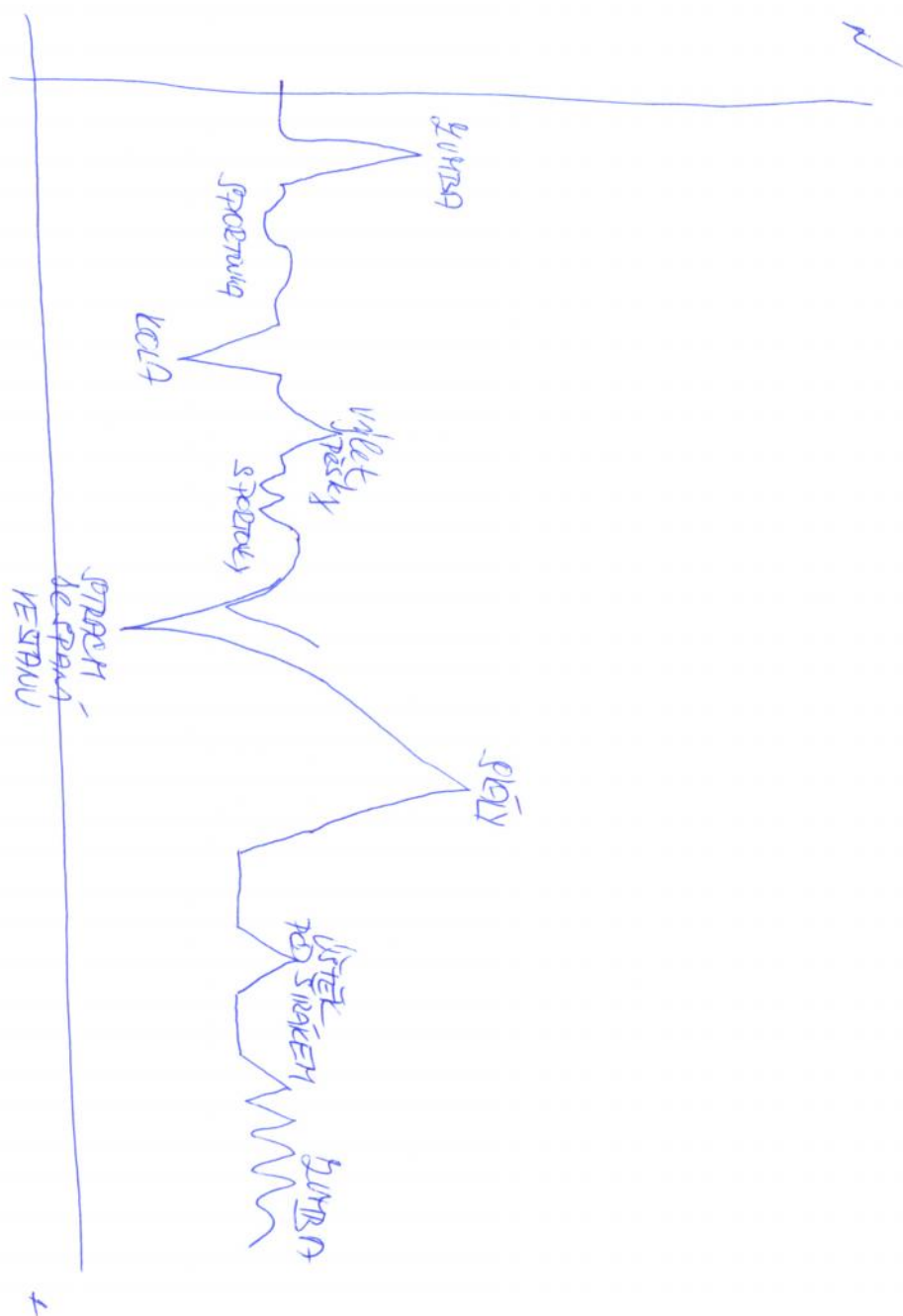
Příloha . 6 Situace k ivka Bei



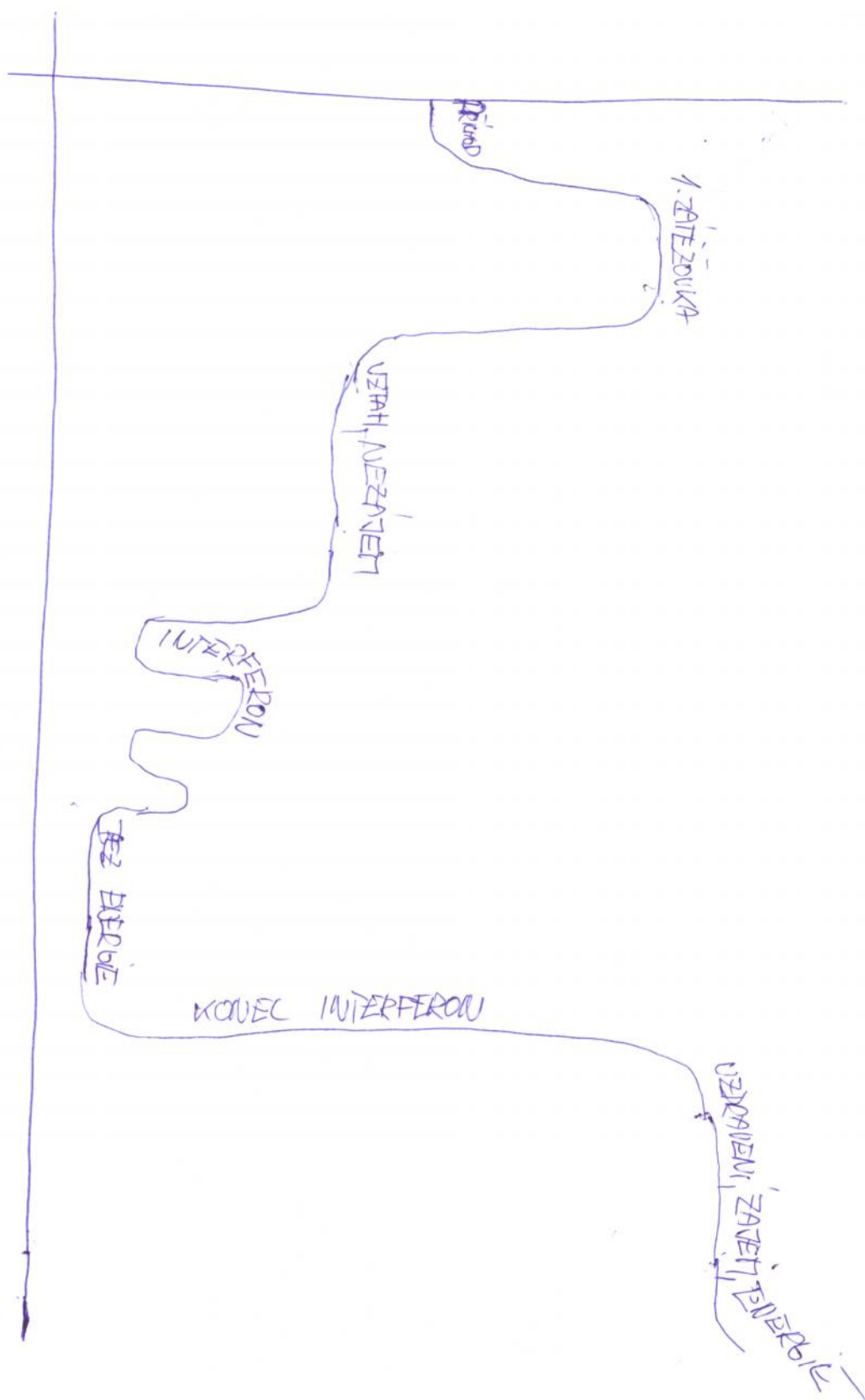
Příloha . 7 Situace k ivka Cilky



P íloha . 8 Situa ní k ivka Dany



Příloha . 9 Situační křivka Emila



A hand-drawn map of the Kola Peninsula, oriented with North (N) at the top. The map shows the coastline and several labeled locations:

- POLOVNY** (Половны) at the northern tip.
- NOHE VOLJBM** (Нохе Волжбм) just south of Polovny.
- KOLA I** (Кола I) on the western coast, with **FM2. VACEDVNU** (ФМ2. Вацедвну) written below it.
- BOLE I** (Боле I) on the eastern coast.
- MADEVU** (Мадеву) and **2 VACON** (2 Вагон) further south on the eastern coast.
- KOLA II** (Кола II) on the western coast, with **JEŠTE IČSI** (Јеште Ичси) and **FM2. VACEDVNU** (ФМ2. Вацедвну) written below it.
- BOLE II** (Боле II) on the eastern coast.
- LEPE (FM2. VACON)** (Лепе (ФМ2. Вагон)) at the southern tip.
- POHTEC IČSI** (Похтец Ичси) and **INTEFEDVNU** (Интефедвну) at the southern tip, near the coast.

The map is drawn with simple lines and includes a north arrow pointing upwards.

Příloha . 11 Přípis rozhovoru ohniskové skupiny (po redukci)

EM: Co vás napadne, když se dělá pohyb a sport v komunitě :

R1: „Rozcvika a ranní vstávání“

R5: „Nesmyslná a životu nebezpečná aktivita. Bez protažení a zahátí jít běhat je šílený“

R6: „No já teda nevím, ale já se díky rozcvice jsem schopnej n jak roztlačit k existenci. Sám se totiž horkotřesem dokopám“

R2: „Taky záleží, kdo jí vede, že jo. Máme blbé rozcviky a hodně blbé rozcviky“

R8: „Já bych rozcviku zrušil. Ať si na ní chodí jen kdo potěbuje. Já rozcviku k rannímu zahátí fakt nepotěbuju. Mě to spíš hodí do deprese a totálně blbě nálady“

R5: „Ono by bylo žádoucí to vést n jak koncepce. Aby to mělo hlavu a patu. Vyřít se ráno bezmyšlenkovitě n kam, tam udlat pár hmit, dle a po deseti minutách běžet zpátky je dost na hlavu“

R9: „Ale tak jsou i dobré rozcviky. Obecně, když to vedou holky, víc nad tím přemýšlí. Dana je v tomhle ohledu naprostá jednička“

R7: „Taky záleží na počasí. Je dobrý charakter rozcviky n jak přizpůsobit klimatickým podmínkám. Opravdu rozcviku v dešti a chladu, tím spíš bez rozehtání, streinku, vidím jako rizikovou aktivitu, rozhodně ne přínos.“

R8: „Ono taky není úplně bez zajímavosti, že jsou lidi, kteří se jako mávnutím kouzelného proutku dokážou rozcvice vyhnout. Tu mají menstruační nevolnosti, tu musí prostírat k snídani, tu a tam zaspí. A ještě s větší podivem je, že jim to pořád tak n jak prochází.“

R1: „Ale tak prochází... Ten dotýká se přibližně jasně o body, to je limit zas n kde jinde. To víš, že skupina ví o koho jde, a oni si ho/jí zas vychutnají n kde jinde“.

R11: „Tak tady jsou rozcviky jen ráno. Když jsem byla na léb v B., tam se stejně tak cvičilo ještě 20 minut po obdovém klidu a to už podle mě úplně postrádalo smysl. Kdyby to byla rozcvika před ním dalším. N jaký sport, nebo kolo, pochoák, ale prostě jen rozcvika“

EM: Myslíte, že by pomohlo, kdyby na pohybové aktivity, a je to ranní rozcvika, i odpolední sportovky, pomohlo, kdyby je dohládal (a nebo na n alespo dohlížel) n jaký sporák (sportovní terapeut)?

R5: „No to je přesně o tom, o čem jsem mluvila. Vést rozcviku smysluplně a koncepce. O sportovkách – volejbalu, nohejbalu, fotbalu... ani nemluví. Vždy si vezměte, že my si tu sami pravidla n jak plníme, upravujeme, lepíme podle toho, kolik nás je, abychom si vbec n jak zahráli. Ať ani nevíme, jak to správně hrát. Ne, že by to přitáhlo našich sranda sportech bylo tak dležitý, ale pro ně hrát volejbal tak jak se hrát má? “

R3: „Určitě by bylo fajn se zaměřit i na to, aby se lidem vysvětlilo, proč mají tohle i ono dlat tak a ne jinak. Spousta lidí mezi námi nechce sportovat, nechce na rozcviku, protože v tom nevidí smysl, protože pokud ho sami nevidí, tak jim ho nikdo neobjasnil. Fakt, že jsou tu mezi námi tací,

kte í se n kolik let po ádn nehejbali a o n kterých svých svalech nemají ani pon tí, to je dost tristní, ne?

R5: „D ležitý je taky se u tý rozcví ky nebrat moc vážn . Když se u toho sm jem, hned mám lepší náladu. N který terapeuti taky úpln nesmysln tla ej: b žte támhle do kopce, ud lejte tam dvacet d ep , t icet hmit – to je úpln padlý na hlavu. Má to n jakej smysl? Sportovní ur it ne, rehabilita ní taky ne“

R6: „Ono po ídit do komunity sportovního terapeuta, to je taky docela luxus. N kdo, kdo by tomu fakt rozum l, zvládnul ty aktivity vysv tlit i na teoretický úrovni, objasnil pozitiva i rizika - to nemají ve špitálech, natož my tady v komunit “

R2: „Já jsem teda v žádný lé b nevid la, že by n jakej sportovní terapeut byl. To nás vždycky nahnali na h íšt a a každé sportuje, jak umí. Kdo cht l n co hrát, ten šel hrát fotbal, kriket, basket a n kdy na n j taky nevyšlo, protože týmy se naplnily. Pak se musel jít prob hnout, nebo rychle projít, protože na n j sestry koukaly, jestli n co d lá nebo ne. To bylo p kn na hlavu.

R4: „Já jsem se v první lé b pokoušel n co jako spor áka d lat. M l jsem docela zkušenosti ze svých tréning , dokonce si pamatuju i n co ze svých tréninkových deník . Ale dost brzo m to p ešlo. Protože spousta lidí byla v odporu, že b hat nebudou, skákat po schodech nebudou..., to si radši nechají dát body, je to pohodln jší“

EM: „P esu me se v tématu ke sportovním odpoledním. Jak vypadá vaše domluva na tom, jaká bude nápl sportovního odpoledne?“

R1: „My se tak n jak snažíme vždycky domluvit. Samoz ejm , že ne vždycky se to poda í, aby všichni byli spokojeni s programem“

R5: „Platí takový nepsaný pravidlo, že se hraje nebo sportuje to, na em se shodne v tšina. Další týden se potom d lá to druhé, i bez ohledu na to, že je to p áním menšiny“

R4: „Jak už tady padlo, a se vybere cokoli, asto narážíme na to, že nás není pat i ný po et, že neznáme dostate n pravidla, není rozhod í, není soudce. Je to takový divoký, bez konceptu“

R3: „A pak je to taky o tom, že vždycky bude n kdo, kdo bude sportovku sabotovat. Jsou tu lidi, kte í z principu sportovat necht jí, sportovky je obt žujou a dávají to dost okat najevo“

R6: „Ale tak zas je dobrý poznamenat, že ty ma e ob as strhnout i ty velký zarputilce. Lidi strhává aktuální d ní, n kdy jsou ty hry tak vygradovaný, že i ti, kte í se na za átku bránili, tak do toho jdou docela po hlav “

R6: „Kdybych tady nem l sportovku v programu, tak bych na pohyb (tedy ten sportovní) asi ani nepomyslel. A p itom vím, že mi to d lá dob e a že je mi po sportu fajn“

R12: „Tak to Ti to asi tak dob e ned lá, když na sport jinak nepomyslíš, ne?“

R6: „Kdybych to tady nemusel d lat, ta lenivost by zvít zila“

R8: „Docela by m zajímalo, jak by to vypadalo, kdyby na rozcví ku chodili t eba týden jen ti, kte í opravdu cht jí“

EM: „Ty sám si n kdý v minulosti zmínil, že jseš tu kv li ádu a socializaci, který touhle volbou naprosto rozporuješ. Všichni tady víte, že rozcvika i sportovka je sou ástí režimu lé by a je zkrátka neobejitelná, asi tak jako jakákoli jiná aktivita“

EM: „*Poj me tedy k dalšímu tématu a to jsou zát žovky. Co mi k tomu povíte?*“

R1: „No zase je to o tom, co kdo m že a co kdo zvládne. Já už jsem to zmínil n kolikrát, padlo to i v tom našem individuálním rozhovoru. Já t eba nerad lezu, protože mám strach. A tady se n kdý prost lézt musí“

R4: „Ale tak to není úpln pravda. Kdybys m l opravdu objektivní d vody proto, pro to alespo nezkusit, tak t k tomu nikdo nepo ouká (ani o nucení se tu mluvit nedá). Ale ty to ásto vzdáváš už p ed brodem“

R8: „Tak já jsem m l jako malej úraz hlavy a mám strach z vejšek, mám obrovský závrat , a i kdybych lézt cht l, tak prost nem žu, protože je mi z toho fakt fyzicky blb “

R1: „Když pak ale tejden n kde jsme a ten terapeut po mn ale po ád jede, tak to je pak celá zát žovka v háji. Jsem prost znechucenej, otrávenej, a kdyby se tam d lo cokoli jinýho skv lýho, tak ta pachu prost p etravává“

R1: „Mezi nátlakem a motivací je totiž velkej rozdíl. A jestli do tebe terapeut po ád hu í: jdi do toho, jdi i p es veškerý objektivní d vody je to fakt hloupý“

R4: „Já když t eba lezu nahoru, tak mám úpln neskute nej adrenalin a to je fakt jak prožitek na droze. Vlastn si na tom tak trochu i ujíždím. Ano, bojím se, jsem trochu v panice, ten stav znám. A pak se vydrápu úpln nahoru a ten stav blaženosti, no to je prost bomba“

R13: „Pro m jsou t eba skály kouzlem toho neznámýho. lov k do n eho jde, a už proto, že je to sou ástí programu, nebo protože chce, nebo i protože nechce, aby si o n m ostatní mysleli, že je srab. A když tam visím za ty kšíry a uv domuju si, že jsem vlastn tak trochu v moci n koho jinýho a na tom druhým taky záleží, jestli se mi n co stane, nebo ne, tak to je taky zážitek“

EM: „*To m tak trochu p ivádíš na téma vzájemné d v ry. V íte si mezi sebou?*“

R8: „Tak t eba tady na skalách ti snad ani nic jinýho nezbyývá. Pokud se rozhodneš lézt a zkusit to, tak prost musíš lidem okolo v ít. Je to pro m i dost zásadní zkouška do života. Jestli lidem dokážu a zvládnu v ít, nebo ne“

R6: „To je vlastn docela zvláštní. Fe áci si mezi sebou opravdu moc nev í. A když to vezmu kolem a kolem, tak tady na baráku, v takovém tom každodenním fungování to taky o n jaký extra velký d v e není. Po ád musíš po n kom n co kontrolovat, po ád se musíš doptávat, jestli ten doty nej ud lal tohle nebo támhleto, co mu bylo na ízeno. Ale na t ch zát žovkách to takhle nefunguje. Tam ta d v ra (nebo spíš v tší d v ra než normáln) prost naskakuje n jak automaticky. Není možné nev ít, když visíš p t šest metr nad zemí“

R1: „On ten m j strach ur í taky souvisí s d v rou v ostatní. Když nad tím p emýšlím, já se prost tak snadno nevložíím do cizích rukou“

R3: „Je t eba skv lý, když visíš ve st n a lidi dole t hecujou a ujiš ujou, že t ten nebo ten pevn drží a ti ostatní ti drží volný palce co mají, abys to dal“

R5: „Já třeba když tam visím ve stěně, tak jen myslím na to, že ten lovík, co mýdlo jistě tomu opravdu rozumí. Potí se mi ruce, mám zrychlený dech. A dokud neslezu, tak mýdlo tyto myšlenky neopouští“

R6: „Mně se na tobě, V., že ale i přes ty obavy lezeš. Že to dáš, že do toho zážitku jdeš, že ti to za to stojí. K. (terapeut, pozn. autorky), by se do žádných šíleností, který nemá pod kontrolou nikdy nepustil. I když vypadá a rád se prezentuje jako důsledek borec a neskutečně nadávčí, nad vším fakt hodně přemýšlí a ladí to neustále. Já jsem s ním několikrát balil lana na skály a to je vidět, jak se tím pořád zabývá a dělá to. Rozhodně to není blázen, který by šel někam na hranici rizika“

R5: „Přiznávám, že mám o sebe strach. Když bych měl spadnout, tak jedině si v domě, že se někde něco nepředvídatelného událo, že se vytrhla skoba nebo co, ale ne to, že mýdlo jistě nějaký amatér“

R13: „Já adrenalin nemám rád, prostě nepolezu, ani kdyby mě zaplatili.“

R5: „Ty zkušených je ale třeba na lezení podle mě hrozně málo. Je tam K. a dejme tomu lidi, kteří jsou tu dlouho a mají za sebou sedm osm lezení, dejme tomu. Podle mě by to chtělo aby byl jeden kdo je nahore, jeden kdo dole uvazuje – mě to pořád přijde takový dost amaterský na to, že se u toho dá i zabít“

EM: „Přez všechno co tady teříkáte, bych se chtěla zeptat, jestli vás, kdo jste vylezli, ten zážitek někam posunul. Jestli jste u toho cítili radost, zádostiu in ní atd...“

R5: „Tak určitě, já jsem měl první myšlenku nahore – takovej stav vlastního přežítí. Že jsem to prostě dokázal. Nikdy před tím jsem nelezl, měl jsem bez nadsázky strach, a přesto jsem to dal.“

R3: „Mně v radosti ještě utvrzuje radost a podpora ostatních. Potřebuju slyšet, že jsem dobře. A samozřejmě se to pak ještě znovu přetěsne na skupinách, já z tohohle zážitku dokážu těžit fakt dlouho a dovedu si představit, že najít něco takového až vyjdu z komunity, tak je to podle mě fakt dobře a smysluplně vyplněné. Možná je to fakt i prevence proti tomu, aby lovík pak zase někam nesklouznul, nechytnul se blběch lidí a tak“

R1: „To máš pravdu, že u skal asi žádnýho toxika nepotkáš“ (smích)

R2: „Já bych ještě dodala, že ten zážitek je taky závislej na tom, co tomu předchází. Posledně když jsme jeli na skály, tak tomu předcházelo 20km na kole, jela jsem na tom těžkým kole s nosičem, už na to lezení jsem přijela přetřesená“

R7: „No ty kola, to je taky kapitola sama pro sebe. Je tady 11 kol na celou komunitu, samozřejmě budí sváry, že někdo se veze autem. Když jsou to ty, co mají zrovna interferon, tak to chápu, ale pro mě je jezdit autem zdravější lovík“

R5: „Já jsem jel autem jednou, to bylo právě, když jsem byl asi druhý tejdenní na interferonu a byl jsem ještě dost unavený. Abych pravdu řekl, dobře mi z toho nebylo. Nemám rád, když mám nějakou výjimku, úlevu, i když asi opodstatněnou – je mi to tak nějak blbě kvůli ostatním“

R4: „No my tu ty kola před výjezdem vždycky tak jako nějak opravujeme, kontrolujeme svépomocí. Je to dost katastrofa. Posledně jela D. na kole, který jí úplně přestalo brzdit. To ty zážitky z výjezdu taky dost kazí“

R13: „Tak když chtj, abychom n jak sportovali a hejbalí se, m li bychom k tomu mít taky ale podmínky, ne? Já nevím teda, ale tyhle kola jsou spíš životu nebezpečný, flikuju ty opravy tak n jak p ed každým výjezdem. Víme, že na polovinu z nich by si normálně lov k radši ani nesedl“

R12: „Tak fyzi ku tady má slavnou málokdo a ještě k tomu bídny kola, to je dost výzva“

R6: „Ty víš, že to není o fyzi ce a o kolech. Je to o n jakým kousnutí se a sebezap ení, íct si to dám. Fyzi ce i stavu kol se dá p ízp sobit, kam pojedem, jak rychle pojedem. Nakonec to tak i je. Když se jede do n jakýho kopcovit jšího terénu, pár blázn se tam honí vep edu, kdo bude první, ale pak jsou taky tací, kte í se vrací na chvost a pomáhaj a povzbuzujou ostatní. Já jsem se takhle n kolikrát vracel, dokonce jsme kv li pár lidem i slezli z kola a tla íli, protože oni už prost nemohli, tak jsme šli hold všichni (no teda skoro všichni)

EM: „*I p es vaše poukazování na špatný stav kol se mi zdá, že ale jízdu na kole preferujete p ed p ší turistikou. Kolik z vás by bylo ochotných absolvovat výlet p šky, když je tedy kol nedostatek, a nebo jsou ve špatném stavu?*“

R3: „Já bych t eba klidn víc chodila na p ší t ry, ráda chodím p šky, ale je tady víc lidí, kte ím se radši vozí. Anebo neustále zd vod ují, pro se na kolech jezdit nedá, nebo jsou ve špatném stavu, ale alternativu ke kolu jaksi nejsou ochotný hledat“

R9: „Já taky chodím ráda, myslím, že holky spíš asi jsou ochotný chodit, kluci obecn asi preferuju kola, ne?“

R6: „Tak to asi nejde paušalizovat, prost je to o aktuální chuti a rozpoložení“

R7: „Spousta lidí má taky dost mylnou p edstavu, že jízda na kole je sportovní aktivita, zatímco ch ze není (nebo alespo ne taková)“

R4: „No já teda nevím, ale takovej 20km pocho ák s batohem na zádech na t i dny pu áku, to mi p íjde jako rozhodn sportovně jší výkon“

R5: „Tak my chlapi jsme obecn líný chodit, co si budem povídat. Je docela zajímavěj paradox, že všichni co jsme tady, se shodneme na tom, že když jsme ještě brali (drogy, pozn. autorky), ch ze byla nej ast jší a nejintenzivně jší aktivita, kterou jsme provozovali. Tak jak jsem to tu kdy od koho slíchal, tak každěj nachodil pod vlivem desítky kilometr “

R1: „Hmmm, jenže to není sport v tom pravém slova smyslu“ (smích)

R9: „Ale tak fakticky, a je to ch ze, nebo kolo, je to a na tom se asi shodneme duševně relax. Možnost vypadnout z baráku, tady z toho stereotypu a asi všichni co jsme tady, se shodneme, že za ty m síce, co se aktivně hýbeme, tak ta fyzi ka šla ur ít nahoru. Více toho ušlapem, a na kole i p šky, dva lidi dokonce p estali i kou ít – tomu íkám opravdu velký úspěch. A obecn je lidem asi tak n jak po t le líp, ne? Co vy ostatní na to?

R1: „No já ur ít , ještě kdyby se mi poda ilo p estat kou ít“

R6: „Já taky o tom žádná“

R2: „Já jsem se tu zvedla fyzicky teda neskute n . Když si vezmu v jakém stavu jsem p íjela a v jaký kondici jsem te , tak je to nebe a dudy“

R8: „Já spíš cejtím takový jako uvolněný. Mám ten pohyb spojený s drogou a obrovskými pobytkami energie, kterou jsem musel někde a nějak dostat ven. Ale vždy to bylo takový strašně pod tlakem, jakoby ke omezení, jak se to dralo. A teď mám paradoxně pohyb spojený spíše s klidem a pohodou“

R10: „To máš ale pravdu, já to vnímám úplně stejně. I když je ten sport a už je to jízda na kole, skály, nebo míčové sporty spojený s nějakými emocemi a endorfiny, jsou to takový ty klidné endorfiny“

EM: Dokážete si představit, že by Vám sport/intenzivní pohyb dokázal substituovat prožitek z drogy?

R1: „Já tyhle blízké stavy zažívám v posilovně. Tam se opravdu dokážu zrasit tak, že jsem pak vybudenej a šlehtnej. Tenhle stav určitě znám, když jsem užíval“

R5: „U mě to tak nefunguje. Já mám sport rád, sportuju od malíka, ale je to úplně jiný druh uspokojení“

R4: „U mě to asi docela funguje. Cítím takový skoro závratný pocit, právě u toho lezení. Nejduv nával adrenalinu do hlavy a pak stav blaženosti“

R9: „Já mám tyhle docela blízké stavy u zumba. Jak se pustí muzika a rozpohybuju tělo, tak přestávám vnímat, jsem jenom sama se sebou s vnímáním rytmu, s pohybem. Jasně, teď se zeptáš a prosi brala, když celý život tancuješ a uspokojuje tě to. Protože jsem chtěla víc. O tom to bylo předešlým“

R8: „Už jsem to tak říkal, pohyb bez drogy je pro mě spíše vzdálenější k pokojnému stavu a klidu. Když nad tím tak přemýšlím, vlastně bych ani nechtěl saturovat zážitek z drogy pohybem. Chci bych to mít jednou pro vždy oddělený“

R9: „Ještě možná i ta atmosféra, která ten skupinový sport doprovází, obzvlášť když o něco hraju tak ve mně způsobuje takový ty hodně pozitivní vibrace, zvýšený tep, který by se dalo asi trochu přirovnat stavu s drogou“

EM: A co craving? Může sport i pohyb potlačit?

R6: „Na craving tu báječně funguje pes. Jak tě to popadne, vezmeš psa a jdeš se projít. Ten bláznivý štěkání dává klid“

R2: „Je to zvláštní, ale mě taky na craving pomáhají procházky se psem. Jdu na rozhlednu, nebo na vodopády, to je hodinka svižných chůzí a to mě zároveň chutí přejít“

R5: „Já si s chutí v těle poradím na rotopedu. Zamstním hlavu, ruce, nohy a v těle mě to rychle přejde“

R9: „tanec, tanec a zase tanec“

R1: „Už jsem to zmínil v tom našem individuálním rozhovoru, mě pomáhá posilovna, mělo jsem období, kdy jsem byl fakt zachucenej a to jsem cvičil hodně, jak vy říkáte excesivně. A fakt je, že to tak nějak docela fungovalo“

EM: „N kolikrát už v minulosti padnul Jacobsen, vidím, že si ho n kdy i sami cví íte, poj te mi k tomu n co íct“

R10: „S Jakobsenem jsem se setkala už v první lé b . M la jsem hrozný stav vykroutenosti, ale až takový, že m pak chytaly až k e e do žvejkacích sval “

R11: „Já už jsem ho taky znala p ed tím, než jsem p išla do komunity. V po átku jsem tomu samoz ejm v bec nev íla, ale hodn jsem se asi po 4 týdnech za ala zlepšovat. Cvi íli jsme ho vlastn vždycky 2krát týdn 20minut a já jsem si ho pak v takový zkrácený modifikovaný verzi za ala cvi ít i pak sama. Fakt je, že to že si bral, na t chhle kroutivejch stavech každé okamžit odhalí“

R13: „Je pravda, že Jakobsen je fakt asi jediná aktivita, kterou tady opravdu nikdo neodmítá“

R2: „Já jsem se to nau íla cvi ít t eba i v autobuse, když jedu na výjezd, pomáhá mi to i s takovou vnit ní nervozitou. Že jdu po delší dob mezi lidi, že jsem vlastn bez kontroly. N jak m to prost kotví“

R6: „Byl tu kdysi n jakej stážista, ten zkoušel ješt jiný formy relaxa ních cvi ení. Taky to bylo zajímavý, bohužel po jeho odchodu to ustrnulo, protože si to nikdo z nás po ádn nezapamatoval“

R5: „Díky týhle progresivní relaxaci jsem se fakt zbavil hroznýho grimasování. Jak jsem mluvil, pusa mi po ád jela úpln jinak. Vypadá to samoz ejm hrozn blb , je to jako kdyby m l lov k napsaný na ele, bral jsem pervitin. Taky jsem tomu zpo átku v bec nev íl, ale taky myslím tak po m síci jsem se lepšil a lepšil, te už to vlastn zvládám jen párkrát prodýchnout a je to dobrý“

R9: „Ony se ty automatismy samoz ejm za nou objevovat ve chvíli, kdy to nejím pot ebuješ. Jako t eba když na tebe mluví sest í ka v ekárn plný lidí a je na tebe málem up ená pozornost, nebo ty si to aspo myslíš. Pak je fakt dobrý zav ít o í a párkrát zatnout a uvolnit t eba ruce nebo zadek. Okamžit p eneseš pozornost n kam úpln jinam, nikdo vlastn na první pohled nic moc nepozná a najednou je to dobrý“

R4: „Pro m je taky Jakobsen taková spása. Jak jsem velkej nervák, tak samoz ejm za ínám grimovat v ase kdy si pot ebuju koupit lístek na vlak, nebo n co v lékárn . Tak vždycky ve front , než na m p íjde ada, tak napínám a uvol uju.“

R2: „Mn v tomhle t eba taky opravdu pomohlo nau ít se dýchat do b icha. To se taky uvolním dost rychle“

R13: „Co je zajímavý, že proti vykroutenosti a nervozit to pomáhá a jak to vypadá tak asi skoro všem, bylo by super, kdyby se tím dala n jak korigovat i verbální agresivita. Než lov k vybuchne, tak že by si takhle párkrát zatnul a prodejnul a bylo by to pry a bez následk “

R1: „To máš pravdu, n kte í z nás by to m lí mít povinn naordinovaný hned po tom, co se ráno probudí“ (smích)

R8: „Já mám u Jakobsena obvykle problém v tom, že bych u toho málem usnul. Jak se snažím fakt hodn vyklidnit, najednou na m padne taková únava, že bych si hned dáchnul“ (smích)

EM: „To vypadá, že relaxaci si určit odnesete z komunity jako užitečnou svépomocnou aktivitu. Co ostatní innosti?“

R1: „Já jsem tady docela nadšen oprášil kolo. Dříve jsem jezdil na silničním kole docela dost. Kdyby se mi podařilo se dvakrát týdně přimět a na hodinu sednout na kolo, bylo by to skvělé“

R5: „Já bych skoro popíjmejšlel o tom, najít si někde místo, kam bych mohl chodit lézt“

R9: „Ode mě už to padlo v rámci toho individuálního rozhovoru, já bych si přála dvakrát až třikrát týdně chodit tancovat. Nejdříve klidně jako klient, asem by se mi líbilo mít třeba i vlastní hodiny. Klidně pro děti, tam bych se myslím dokázala realizovat“

R2: „Pro mě je důležité spíše kolektivní sport. Já se sama moc k němu nedonutím. U mě je ale velký problém se spolehlivostí. Tady si přejdu s někým třeba zabíhat, to je fajn, ale že bych zodpovědně tvrdila, že si to přenesu i do času po komunitě, to si nejsem jistá.“

R4: „Já bych se chtěl konečně nějaký sport naučit po řádně. Tím spíše jak vidím, jak to tady flikujeme na kolena. Moc by se mi líbilo naučit se po řádně třeba tenis“

R3: „Pro mě je taky hodně důležité kolektiv. Tady je vidět, jak se lidé přimějí k výkonu, když je druhý podporují, fandí, hecují. Já sama potěbuju tu podporu, protože si moc nevím. Je mi jasné, že když to nejde, že se to po tobě svezí a ostatní na tebe můžou válet, na druhou stranu, v těchto individuálních aktivitách já ten hnací motor nemám“

R10: „Upřímně, teď jsme všichni plní ideálů a máme plný hlavu velkolepých plánů, co jak bude, až lébu skončíme, ale když si sáhnu do své domy, tuším, že to bude strašně těžké. Najednou nad sebou člověk nemá být, kontrolu, věm si, že jsme tu, i když dobrovolně, tak ale zavěný a v poměrně plynulém režimu, ze kterého když vybočíš, tak jdeš. To je samozřejmě jakože nedospělý, ale v lébě jediná cesta, jak najet zpátky do těch správných kolejí. Málokomu dochází, že v životě nejsou lajny, jako tady od do rozvěka, od do práce, od do skupiny, člověk si to prostě musí organizovat sám. Je dobrý, když se třeba na dolé ovákách sejdou dva lidé, kteří spolu byli v lébě, dokážou se podpořit, zvednout vase, kdy je to horší. Tohle je potěba si uvědomit. Sport a pohyb je fajn, podle mě je to určitě výborná podpůrná aktivita, ale neléí. Léíás a sebedisciplína“

R6: „To si A. ekla moc hezky a já s Tebou naprosto souhlasím. Fakt je, že všechny naše společné skupinové aktivity, který spojuje terapie (skupiny a komunity ani tak ne, ty mají jasnou strukturu, ale ty pohybovky jsou víceméně v naší režii) nás vedou k tomu, abychom si sami plánovali a organizovali čas. Z tohoto pohledu vlastně není až zas tak důležité, jestli se při sportu držíme přesných pravidel a dáváme to i ono, ale jak k celé věci přistupujeme. Jestli se umíme dohodnout, jestli umíme v těchto dost skromnějších podmínkách improvizovat, jestli umíme jeden druhého podržet vase, kdy se nedává, kdy mají lidé prostě horší stavy a chtějí to třeba vzdávat. V tomhle jsou ty pohybovky takovou skoro soft skills aktivitou, o ten sport tam jde až na posledním místě“

R8: „Mně osobně na tohle stačí bohatě skupiny, já k tomu nějaký šaškování na hřišti vážně nepotřebuju. Celý život jsem nic nedělal, ani komunita mě v tomhle asi nezmení. A nemám ani chuť cokoli měnit“

EM: „Mluvíme tady zatím poád o benefitech. Jsou ve vašich pohybových aktivitách i nějaká předvídatelná rizika?“

R1: „Tak určitě vždycky než někam vyjedu, tak se na skupinách probírají bezpečné zásady pobytu v přírodě, jak se máme chovat, máme i nějaký povídání první pomoci. Hlavně ti, kteří jsou v komunitě první a jsou často po léb v lébn mají pocit, že se jim v komunitě otevírá víc svobody, ono to tak sice vypadá, ale ve skutečnosti to tak úplně není“

R4: „Některý lidé podle mě dost přece ujou své síly. Je vcelku jedno jestli machrujou před ostatními, nebo si dokazují něco sami sobě. Právě pak je, když se něco stane a odnese to samozřejmě celá komunita. Je to o tom, že lidé kteří fetovali neznají své hranice.“

R5: „Úrazy se dějou, zatím, klepu na dřevě, co jsem byl tady, to nebylo nic extra dramatického, pády z kola, od eniny, nějaké vyvrkání kotníku. Tohle jsou ale vlastně záležitosti, který ve většině není jak tu skupinu spáhnou. Je potřeba se postarat o toho dotyčného, vzít mu třeba baňku, postarat se o jeho kolo nebo tak. To je o té skupinové pospolitosti. Je s náma vždycky terapeut, který má zdravotnický kurz, vozíme s sebou samozřejmě lékárnu, základní léky a tak. Do nemocnice už jsme taky jednou jeli s tím vyvrklým kotníkem, i to se podařilo nějak vyřešit“

R6: „Horší je, když vzniknou nějaké osobní konflikty. Únava, vyerpání, blbý poásí samozřejmě lidi žene do kouta. Občas jsou protivní, vztekli a pouštjí to na ostatní, chtějí se hádat o blbostech. Pak je to o tom, že ti, kteří jsou v té „lepší“ psychické kondici musí udržet nervy na uzdu, neurážet se, neodcházet a snažit se to nějak řešit. Samozřejmě jsou tam terapeuti, kteří na všechno dohlíží a nějak to korigují.“

R8: „Pro spoustu lidí je velkej problém, že tím že opouštíme komunitu, opouštíme bezpečný prostředí. Když se jede na kolech a svépomocí, tak je to v pohodě. Ale představ si, že přijdeš na nádraží, kde lidi popíjejí na lavičce pivo, hulí trávu, to pro spoustu z nás končí legrace“

R13: „Hele, když nechceš, tak si třeba lidí prostě nevšímáš. Jestliže máš snahu se své drogové minulosti zbavit, musíš se popasovat i s tímhle. Tady víš, že se do komunity vrátíš, takže když vzít na skupinu, jak ti v tom bylo, jestli je to pro tebe třeba tak moc ohrožující, že výjezdy tohoto typu jsou pro tebe nepřijatelné. Až budeš venku, budeš v tomhle riziku pořád“

R9: „Já v tomhle občas obdivuju svatou trpělivost a odvahu terapeutů. Fakt je, že to není jednoduchý. Lidé, když opouští komunitu, jsou prostě jak utržený ze řetězu. Když máš každý den režim naplánovaný na minuty a pak vyjedeš na pár dní je to prostě svoboda. A my s tou svobodou ještě neumíme úplně nakládat. Často propukají emoce z titulu toho, že někteří lidé tu svobodu prostě jinak tráví, mají pocit, že si z těch chvil mimo komunitu musí užít každou minutu. Když to všechno šlape jak má, je to super, lidé jsou naladěni, všechno se dá řešit v pohodě, domluvou, nějakým kompromisem. Pak se něco zvrtně, a je to blbý poásí, nebo se cestou něco rozbije, tuhle dva lidi v rozmezí dvou dnů příchli, všichni slejzali kolegiálně z kola a šlapali. Ten první za to poděkoval a večer pak za všechny umyl nádobí a bylo vidět, že je vděčný. Ten druhý to nechal jako samozřejmost a ještě nadával, že tenhle výlet je nechtěl, že byl proti tomuhle a támhle tomu a nikdo ho neposlouchal, i když on ty rizika v děl už předem. Chvilku to vypadalo, že se tam kluci poperou“

R8: „Tak blbý poásí neovlivníš. Blběj terén, kde je šance, že přichneš asi jo, ne?“

R6: „Ty bys taky všude jezdil autem. Pořád to nikomu vytýkáš. Vidíš, že jsou tady lidi, který jsou na interferonech, je jim blb. Mohli by to vzdát a říct já nejedu, z stanu na baráku. Nikdo by jim to asi nemohl zakázat. Jak moc je jim blb v dí jen oni. A p esto spousta z nich se kousne a jede. Sedne na kolo, nebo šlape i sv domím, že to pro n bude hodn t žký. T chle lidí ja si fakt vážím. A ti jsou pro m motorem pro se mám nad sebou zamyslet a z toho gau e se prost zvednout.“

R2: „Kdybys byl v lé ebn , chodil bys dvakrát týdn na hodinu a p l na h išt , kde by t sledovali sestry a z ízenci, jestli n co d láš, jestli nesedíš a jen ne umíš. To by byl tv j veškerej únik z denního režimu. Jestli chceš tohle, spíš než vyjet n kam ven, n co si užít, utýct kýblu s hadrem, zvít at m, koteln a kuchyni, tak tady nemáš co d lat. To sis m l rozmyslet.“

R8: „Už jsem to íkal, když tu není adekvátní vybavení, tak se nedaj podnikat takovýhle akce. Je to nejen o organizaci, soudržnosti, ale i o n jakým materiálním zázemí. A autem chci jezdit proto, že jak se tady všichni chcete tak strašn lé it pohybem a zát ží, tak vám to rád dop eju.“

R3: „Všichni tu dob e víme, že kvalita našich výjezdů a zát žovek je také zna n závislá na financích. Ono vymyslet drahej program je hrozn jednoduchý, ale naplánovat akci, která bude dostupná, realizovatelná a p íjatelná pro v tšinu je ásto opravdu nadlidskej úkol.“

R2: „Proto se tu opravdu hodn preferují kola a p škobus. Když jedeme na lod nebo na b žky, je to pochopiteln dražší a na celou realizaci náro n jší. Je pot eba hodn plánovat, hodn p edvídat pak taky dost d ležitý, aby lidi prost byli nad v cí, že ásto se to ned je podle jejich p edstav, n kdy se musí i improvizovat a odchýlit se od p vodních plán . Já to mám ráda, ne íkám, že mi nevadí, když mám jet n kde v dešti nebo v zim , b žkovat taky zrovna neumím, ale už p ed tou akcí n jak cejtím, že když to kousnu, ty zážitky budou skv lý a bude hodn na co vzpomínat a od eho se odrážet ve smyslu n jaký vlastní sebeúcty“

R6: „Na t chhle akcích samoz ejm vznikají i nové vztahy, lidi se vidí jinak než na baráku. Z holek, o kterých jsem si myslel, že jsou to jenom fifleny, se vyklubou docela ok baby, n který holt dokážou p ekvapit i obrácen . I fakt, že si sle na zapomene šampón a t i dny nemluví o ni em jiným a otravuje tím zbytek osazenstva, m že být riziko – by nep edvídatelné (smích).“

EM: Kdyby byla možnost sdílet sportovní aktivity s jinými komunitami. T eba po ádat spole né výjezdy, nebo n jaké mezikomunitní sportovní akce, olympiády, turnaje. Šli byste do toho?

R11: Já jsem už byl v komunit v M., kde se tohle d lo. Ten terapeut byl takovej zapálenej spor ák, to se t eba jezdilo i bivakovat na sníh na Slovensko a bylo to super, i když tedy extrémn náro ný. Zažil jsem po ádání mezikomunitní sportovní olympiády, pokud vím, protože to bylo fakt hodn náro né (asi i finan n), ale odezva byla velká. Jinak sdílení aktivit mezi komunitama bych se ur it nebránila. Od nás je vlastn neblížší komunita v L., to není zas tak daleko – kdyby se uspo ádaly n jaký sp átelený akce, nebo vým nný pobyty ve smyslu, že si je na víkend nast hujeme k nám - to by šlo, mohli by p eci bydlet tam, kde jsou rodi áky a naopak my bychom mohli jet k nim, ur it by to bylo hodn velký oživení pro poznání chodu a rozdílnosti komunit.

R1: „Tyhle akce v tšinou asi troskotaj na plánování a financích. Je to opravdu dost logisticky náro ný. Je mi docela jasný, že je pot eba to po ád držet v mantinelech lé by, aby se to n jak nerozjelo kam to terapeuti necht j, a je to taky o tom, mít zodpov dnost a dohlížet na víc lidí. Mn by se idea vým nných pobytů taky líbila, rozhodn by to stálo za to to nadnést na skupin . Jestli to realizovaly jiný komunity, ur it i terapeuti n kde sdílej spole n zkušenosti z lé by a organizace mimokomunitních aktivit.“

R2: „Nakonec ale, vždy se n co podobnýho d je v rámci filmovýho festivalu, to je taky o tom p est hovat celou komunitu n kam, tedy dojet tam, pobýt, pobavit se a vrátit se zpátky.“

R10: „Je fakt, že tohle je výsadou komunit. Komunity jsou pány svého programu. Jasn , že jsou n jaká pravidla a ád, co se musí dodržovat a je principem lé by, na druhou stranu, co je ve volném áse, o víkendech a tak je na nás. Tohle v lé ebnách lov k nezažije ani by se ni emu takovému nep íblížil. Asi kdybychom do toho víc šli a komunikovali to s terapeutama v pr b hu skupin, jestli by to nebylo realizovatelné, když se do toho my sami s realizací vložíme a vymyslíme, nebo aspo navrhne, jak by taková akce mohla vypadat. Jde taky o to, že to musí být realizovatelné, ve smyslu n jaké odborné podpory, asi nep jde jen tak t eba sjížd t eku, nebo lézt po skalách, když k tomu nebude dostatek terapeut s n jakou pr pravou nebo odborností.“

R6: „Ono je pro takovouhle akci taky strašn d ležitý, v jakým stavu se ta komunita zrovna nachází. Na takovýhle akce se jezdí jako tým, ne jako parta jednotlivc a je t eba tak i vystupovat. Když je komunita v áse nových p íchod , nebo ástých odchod , p ípadn n jakých vztahových krizí, je to fakt hrozn t žký, udržet to na uzd . My si to tady malujem v úpln ideálních podmínkách, jako kdyby šlo jen o n jakou organizaci a logistiku, ale uv dom si, že ta komunita tady je živo išnej systém. Lidi se opravdu musej chtít dohodnout, spolupracovat, p istupovat na kompromisy jinak je to na nic. Co si upe em tady za hodinu a p l sportovek, nebo jednoho nepovedenýho cyklistickýho výletu, je za p l dne zapomenutý, ale vyrazit a ještě se n jak prezentovat, o to tady taky v t ch vým nných a sdílených programech n jak jde, ne? A tady se dohadujeme a p eme v t ináctihlavým stádu, tam je to komunikaci t eba stovky, nebo i víc lidí.

R9: „No m ještě napadá jeden problém a to jsou bejvalí toxí p átelé. Lidi se samoz ejm m žou setkat (a je to i dost pravd podobný) s lidma, se kterejma v minulosti brali a otevíraj se starý rány. I to m že být nebezpe ný. Každý je v jiným stadiu „nad v cí“ a každý je vlastn v jiný fáze p erodu do toho novýho života. A sta í pár blbejch vzpomínek a lov ka to hodí zase o n kolik m síc zpátky. A tomu se prost v t chle situacích podle m neubráníš. I když naplánuješ program z minuty na minutu a budeš všechny maximáln zam stnávat, ti terapeuti v dí, že se tohle m že dí, ale nev dí kdo s kým/na koho byl v minulosti n jak navázanej.“

R1: „Jo a tob by, museli povinn zorganizovat jako jednu olympijskou disciplínu zumbu, vi ?“ (smích)

EM: „*Náš as se pomalu chýlí ke konci. Cht la bych vám za tuhle skupinu pod kovat. Bylo to podn tné, pro m d ležité znát nejen vaše názory, ale vid t vás i diskutovat a reagovat na sebe. Bylo mi s vámi fajn a moc vám držím palce, aby se vaše nápady, plány, sny i p ání pokud možno v maximální možné mí e poda ilo realizovat*“

R1: „Díky i za tv j projekt a tv j as, pro nás to bylo zas n co novýho.

R6: „Kdyby se nám opravdu poda ilo n jakou velkou akci zorganizovat, doufám, že p ijedeš“

R2: „To ur it ! Jedno kolo tady máš po ád rezervovaný, budem se starat o to, aby brzdilo a nepadal mu et z“ (smích)

(smích celá skupina): Díky a ahoj!